NEUROLOGJA POLSKA

TOM I. ZESZYT IV. STYCZEŃ — LUTY. 1911.

BADANIA PORÓWNAWCZO-ANATOMICZNE I DOŚWIADCZALNE NAD ISTOTĄ SZARĄ MOSTU VAROLA I JEJ POŁĄCZENIAMI.*)

podał DR. STEFAN BOROWIECKI.

Asystent przy katedrze neurologji i psychjatrji uniw. Jagiellońskiego, były asystent zakładów dla umysłowo i nerwowo chorych w Kochanówce (pod Łodzią) i Rheinau (w Kantonie Zurychskim).

Już w okresie niemal wyłącznie makroskopowego badania układu nerwowego przy pomocy noża i szczypczyków zapatrywano się na most Varola jako na część mózgu łączącą pień mózgowy z móżdżkiem. Dopiero jednak pojawienie się metody drobnowidzowego badania serji nieprzerwanych skrawków, metod barwienia i zaznajomienie się ze zwyrodnieniami wtórnemi, powodujące szybki rozrost naszej wiedzy anatomicznej o układzie nerwowym, pogłębiły i wzbogaciły istotnie poglądy na most Varola.

Badania patologiczne zapoczątkowane przez Meynert'a, Charcot'a, Flechsig'a, a prowadzone dalej przez Bechterewa, Rossolimo, Zacher'a, Kam'a, Monakow'a, De-

*) Po szczegóły odsyłam do mojej pracy obszerniejszej, drukowanej w „Arbeiten aus dem hirnanatomischen Institut der Universität in Zürich" Heft V, p. t. „Vergleichend-anatomische und experimentelle Untersuchungen über das Brückengrau und die wichtigsten Verbindungen der Brücke Mit 121 Figuren im Text.

jerine'a i innych rozczłonkowały konar mózgowy (pedunculus cerebri) na szereg różnorodnych co do pochodzenia i przebiegu pęczków, zpośród których zewnętrzne, biorące początek w zrazie skroniowym (zewnętrzna ćwiartka konaru mózgowego), i wewnętrzne, ciągnące ze zrazu czołowego (wewnętrzna ćwiartka konaru mózgowego), nie wychodzą poza most Varola i w jego istocie szarej się rozpraszają. Do tych samych rezultatów doprowadziły badania myelogenetyczne rozwoju otoczek rdzennych w konarze mózgowym. Flechsig pierwszy zwrócił uwagę, że w mózgach nowonarodzonych dzieci tylko drogi pyramidowe i włókna ośrodkowe do jąder ruchowych rdzenia przedłużonego posiadają już częściowo otoczki rdzenne w konarze mózgowym, gdy tymczasem pęczki zewnętrzne i wewnętrzne tego ostatniego pokrywają się myeliną znacznie później i dają się dzięki temu dokładnie w swym przebiegu aż do istoty szarej mostu prześledzić. W sposób ostatecznie decydujący dowiodły istnienia dróg mostowych w wewnętrznym i zewnętrznym odcinku konaru mózgowego badania doświadczalne Gudden'a (1877), Monakow'a, Ferrier'a, Turner'a i innych. Badania te sprawiły w dalszym ciągu, że pochodzenie korowe tych dróg nie ulegało już najmniejszej wątpliwości.

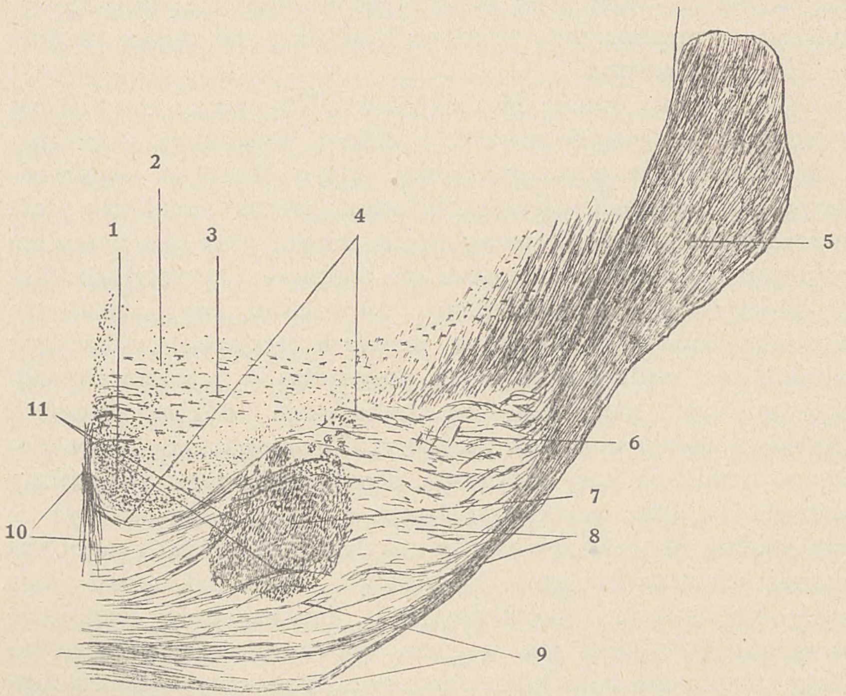
Niemniej przyczyniły się badania patologiczne, myelogenetyczne i doświadczalne do wyświetlenia stosunku ramienia mostu (Brückenarm) i konaru mózgowego. Już Meynert'owi wiadomy był fakt zaniku przeciwległej półkuli móżdżkowej przy rozległych ogniskach półkul mózgowych; podobnież utrzymuje Bechterew na zasadzie badania mózgu nowonarodzonych, że móżdżek przez pęczki ramienia mostu połączony jest z istotą szarą mostu i konarem mózgowym strony przeciwległej; wreszcie Gudden po raz pierwszy dowiódł doświadczalnie zależność „jądra bocznego" istoty szarej mostu od ramienia mostu strony skrzyżowanej (zwyrodnienie wtórne komórek istoty szarej mostu wskutek przecięcia ramienia mostu po stronie przeciwnej). Badania doświadczalne nowszej daty, oparte na uszkodzeniach móżdżku, lub też istoty szarej mostu, w zupełności potwierdziły rezultaty Gudden'a. Połączenie móżdżku z istotą szarą mostu tejże samej strony -- zatem nieskrzyżowane, jakkolwiek utrzymywane przez niektórych autorów, nie jest jednak dość pewne.

Na podstawie badań powyższych, posługujących się meto-

dami różnorodnemi, ustalonym został ogólnikowo fakt połączenia pewnych części konaru mózgowego przy pomocy istoty szarej mostu z przeciwległą półkulą móżdżkową (przez ramię mo-

FIG. 1.

Przekrój poprzeczny przez prawą połowę podstawowego piętra mostu królika normalnego (skrawek pochodzi z tylnej trzeciej części mostu). Powiększenie 15 razy. Preparat wykonany według metody Pal'a.



1) Wstęga przyśrodkowa. 2) Pole brzuszne nakrywki. 3) Włókna łukowate mostu. 4) Warstwa głęboka włókien poprzecznych mostu. 5) Ramię mostu. 6) Włókna nakrywkowo-mostowe. 7) Konar mózgowy. 8) Istota szara mostu. 9) Warstwa powierzchowna włókien poprzecznych mostu. 10) Włókna prostopadłe. 11) Warstwa włókien poprzecznych przebiegających konar mózgowy.

stu), nie wyjaśnionem jednak zostało niemniej ważne zagadnienie kierunku przewodnictwa tych dróg. Większość wspomnianych już badaczy, opierających się na przypadkach patologicznych

z ogniskami określonego umiejscowienia w półkulach mózgowych, jakoteż szereg najnowszych autorów, usiłujących rozwiązać to pytanie doświadczalnie, a uciekających się do metody Marchi'ego (Probst, Lewandowski, Thomas, Karplus, Spitzer, Economo i inni), twierdzi, że w konarze mózgowym wszystkie pęczki przebiegają w sposób zstępujący, a więc w kierunku od kory mózgowej; ponieważ zaś ramię mostu zawiera przeważnie pęczki dążące w kierunku móżdżku, stąd zapatrywanie na istotę szarą mostu jako na doniosłą stację pośredniczącą w przenoszeniu ruchowych podniet od mózgu w kieun ku móżdżkowym.

Wbrew tej opinji Monakow i Mingazzini uznają w konarze mózgowym również i włókna wstępujące — biegnące w kierunku ku korze mózgowej. Monakow w swej wielkiej pracy o jądrach wzgórza (thalamus opticus) podkreśla fakt zwyrodnienia wtórnego istoty szarej mostu przy jednoczesnem zwyrodnieniu wtórnem wzgórza po usunięciu operacyjnem kory mózgowej nowonarodzonym zwierzętom; zwyrodnienie to w postaci zupełnego zniknięcia komórek (rezorpcji) wskazywać bowiem ma, według istniejących dotychczas w zakresie zwyrodnień wtórnych poglądów, na uszkodzenie włókien osiowych (Achsencylinder) komórek nerwowych. Ponieważ istota szara mostu po usunięciu kory mózgowej nowonarodzonym zwierzętom podziela los jąder wzgórza (thalamus opticus), może ona być zatem według Monakow'a w pewnych swych częściach na równi z nimi uważana za część w istnieniu swem od całości kory mózgowej zależną (Grosshirnanteil), innemi słowy istota szara mostu podobnież jak wzgórze ma wysyłać swe włókna po części w kierunku ku korze mózgowej. Podstawowe piętro mostu (ventrale Brückenetage) zawierałoby więc, według tego poglądu, grupy komórek różnorodnego anatomicznego i fizjologicznego znaczenia: jedne skupienia komórkowe wysyłałyby swe włókna osiowe w kierunku móżdżku (Kleinhirnanteil), drugie ku korze mózgowej (Grosshirnanteil); pierwsze mają wyrodnieć po usunięciu półkuli móżdżkowej, drugie zaś po usunięciu kory mózgowej.

W powyższy sposób przedstawia się kwestja stosunku konaru mózgowego do ramienia mostu czyli stosunku mózgu do móżdżku przez pośrednictwo istoty szarej mostu. Pośrednictwo

to, według opinji większości badaczy, odbywa się przez komórki nerwowe istoty szarej mostu, natomiast bezpośredniego przejścia pęczków konaru mózgowego do ramienia mostu czy też odwrotnie niema. (Według najnowszych badań Karplus'a i Economo ma istnieć jednak bezpośrednia droga mózgowo-móżdżkowa).

Przez włókna konaru mózgowego i ramienia mostu wyczerpane jednak nie są wszystkie znane nam dotychczas połączenia podstawowego piętra mostu. Münzer i Wiener doprowadzili do zwyrodnienia drogę, łączącą przednie wzgórki czworacze z istotą szarą mostu, Held i Ramon y Cajal opisali liczne boczmice (Kollaterale) pomiędzy istotą szarą mostu a wstęgą przyśrodkową (lemniscus principalis) i drogą pyramidową, wreszcie nowe doświadczenia Karplus'a i Spitzer'a, Monakow'a i Schellenberg'a wskazały na połączenie komórek nerwowych mostu z t. zw. substancją siatkowatą (formatio reticularis) strony przeciwnej (za pośrednictwem włókien prostopadłych [fibrae rectae]), a być może nawet ze wzgórzem (thalamus opticus). Odpowiednio do tych nowych dróg, związanych z istotą szarą mostu, komplikuje się jej anatomiczne i fizjologiczne znaczenie, w każdym razie w obecnym stanie naszych wiadomości przedstawia ona bez wątpienia coś więcej, niż ogniwo pośredniczące w przenoszeniu podniet ruchowych od kory do móżdżku, jak tego chcieli niektórzy autorzy.

Z tego krótkiego przeglądu zasadniczych faktów z literatury o podstawowem piętrze mostu widać ile braków, a niekiedy sprzeczności przedstawiają wiadomości nasze o tej części mózgu. Zwłaszcza to, co dotychczas o istocie szarej mostu wiemy, polega raczej na nagromadzeniu pojedyńczych faktów wzajemnie do siebie bliżej nie ustosunkowanych niż na ułożeniu ich w jedną harmonijną całość. Część podstawowa mostu sama przez się nie była jeszcze przedmiotem badań, a wszystko, cokolwiek o niej wiemy, osiągniętem zostało na drodze badań o celu odmiennym (badanie konaru mózgowego, móżdżku i t. d.). Nie zmniejsza to bynajmniej znaczenia wspomnianych dociekań, przeciwnie dzięki nim tylko istota szara mostu stać się mogła obecnie przedmiotem badania sama przez się. Opis syntetyczny stosunków anatomicznych w moście Varola musiał mieć powyżej wymienione spostrzeżenia zasadnicze za punkt wyjścia i podstawę do dalszych poszukiwań. Badania moje podjęte w pracowni prof. Mona-

k o w a w Zurychu są właśnie próbą takiego opisu istoty szarej mostu pod względem anatomiczno-architektonicznym na podstawie licznych serji mózgów normalnych i operowanych.

Warunkiem niezbędnym wszelkiego dokładnego badania doświadczalnego czy patologicznego w zakresie układu nerwowego, jak i w innych działach ustroju ludzkiego, jest opracowanie okolicy badanej mózgu pod względem normalno anatomicznym. Z tego powodu zatem pracę swoją rozpocząłem od n o r m a l n e j a n a t o m j i podstawowej części mostu u kilku dostępniejszych zwierząt i u człowieka. Okazało się to tem potrzebniejsze, że ta część mózgu pod względem czysto opisowym nie była dotychczas opracowana w sposób dostateczny. Szczególniejszą uwagę zwracałem przytem na istotę szarą mostu, doszukując się różnorodności w ugrupowaniu jej komórek nerwowych. Poza poznaniem architektoniki mostu przyświecał mi tu jeszcze cel dalszy — dokładnego umiejscowienia zwyrodnień wtórnych komórek nerwowych w badaniach doświadczalnych. Przy różniczkowaniu tem istoty szarej mostu kierowałem się formą, wielkością i budową komórek, ich ugrupowaniem lub też ich stosunkiem do włókien przebiegających most w różnych kierunkach — a więc do wstęgi przyśrodkowej (lemniscus principalis), pęczków konaru mózgowego i ramienia mostu.

Istota szara mostu zwiększająca się w szeregu filogenetycznym zależnie od wielkości półkuli mózgowej z jednej strony, a zwiększenia się móżdżku z drugiej sprawia wrażenie masy dość jednolicie zbudowanej, skąd też prawdopodobnie nazwa „nucleus pontis" (J a c o b s o h n), nadana tej części mózgu przez niektórych badaczy. Inni nazywają ją „nuclei pontis" w sposób słuszniejszy, jakkolwiek nie dość ugruntowany na zasadzie zwykłego opisu, który różnorodność jej budowy raczej przeczuwa, niż ją udowadnia. Badając szereg serji nieprzerwanych mostu normalnego różnych zwierząt wyróżniłem na zasadzie cech powyższych (rodzaj i ugrupowanie komórek, ich stosunek do pęczków) w pozornie jednolitej masie istoty szarej mostu kilka grup komórkowych stale u wszystkich zwierząt się powtarzających. Gru-

FIG. 2.

Przekrój poprzeczny przez prawą połowę istoty szarej mostu normalnego królika (środek mostu). Powiększenie około 54 razy. Ugrupowanie komórek nerwowych oddane z możliwą dokładnością przy pomocy aparatu rysunkowego według preparatu zabarwionego metodą Nissl'a. Okolica konaru mózgowego zacieniowana. Plama ponad wstęgą przyśrodkową zrobiona została przypadkowo.



1) Grupa brzuszna. 2) Grupa środkowa. 3) Grupa przyśrodkowa. 4) Grupa konarowa. 5) Grupa boczna. 6) Grupa grzbietowo-boczna. 7) Konar mózgowy. 8) Jądro siatkowate nakrywki mostu. 9) Wstęga przyśrodkowa.

dy te dość jasno zarysowane u królika i zwierząt — zacierają się u człowieka, nadając jego mostowi wygląd bardziej jednostajny.

Z badanych przezemnie zwierząt mózg królika już ze względu na małe rozmiary nadaje się szczególnie do badań architektoniki tak mało do dzisiaj znanej istoty szarej mostu Varola.

Można w nim z łatwością, większą niż u innych zwierząt, na przekroju poprzecznym mostu rozpoznać różnorodne grupy komórkowe. Otóż u królika rozróżnić się daje sześć grup komórek nerwowych (Fig. 2): 1) grupa brzuszna, wyróżniająca się od innych grup małymi rozmiarami swych komórek i ich zaokrągloną formą, grupa położona u samej podstawy mostu; 2) grupa środkowa nieparzysta, kształtem pyramidę przypominająca, która się ciągnie wzdłuż linji środkowej; 3) grupa przyśrodkowa pomiędzy grupą poprzednią a wewnętrznym brzegiem konaru mózgowego; 4) grupa konarowa komórek nerwowych, otaczających obwód pęczków podłużnych konaru mózgowego, a po części rozszczepiających ją na pęczki drobniejsze (komórki jej długie a wązkie cechują się formą wrzecionowatą); 5) grupa boczna pomiędzy brzegiem zewnętrznym konaru mózgowego a ramieniem mostu i wreszcie 6) grupa grzbietowo-boczna wklinowana pomiędzy wstęgę przyśrodkową, konar mózgowy i grupę boczną, odznaczająca się komórkami o kształcie wielokątnym, podobnie jak komórki grupy drugiej, trzeciej i piątej, lecz znacznie od nich większemi.

Z grup powyżej wymienionych królika wszystkie odnaleźć mogłem u psa, kota i owcy, u człowieka stwierdzić natomiast nie mogłem grupy grzbietowo-bocznej.

Grupa brzuszna istoty szarej mostu jest z badanych przezemnie zwierząt u królika największa; u owcy, u kota i psa przybiera ona mniejsze rozmiary, wreszcie u człowieka jest najmniejsza. Być może przedstawia ona zatem twór filogenetycznie stary, znikający u zwierząt wyżej organizowanych. Nie można tego powiedzieć o grupie środkowej, której zachowanie u różnych zwierząt nie da się wytłomaczyć stanowiskiem zwierzęcia w szeregu filogenetycznym. Duża u królika i psa, znajdująca analogję nawet u człowieka, zaledwie zaznaczona jest u owcy i kota. Zmienność jej u różnych zwierząt wiąże się raczej z różnorodnością budowy szwu (raphe) i grupy przyśrodkowej.

Wręcz odmiennie niż grupa brzuszna zachowuje się grupa konarowa, która najwyraźniej wzrasta równolegle z wyższą organizacją mózgu jako wytwór filogenetycznie młody. Olbrzymi rozwój tej grupy konarowej zwłaszcza cechuje istotę szarą mostu człowieka w porównaniu z istotą tą u innych zwierząt. Potężne, formą komórek od grup sąsiednich u człowieka mało się różnią-

ce sploty tej grupy nadają też przekrojowi mostu ludzkiego jego charakterystyczny jednostajny wygląd. Grupy boczna i przyśrodkowa istoty szarej mostu, które pierwsze rzucają się w oczy na przekroju poprzecznym mostu królika, psa czy kota, u człowieka giną przez swoje nieznaczne rozmiary wobec ogromnych rozmiarami splotów istoty szarej pomiędzy włóknami konaru mózgowego.

Poprzestaję tutaj na tym krótkim zarysie najważniejszych wyników mych badań porównawczo-anatomicznych, nie wchodząc zwłaszcza w szczegóły, dotyczące normalnej anatomji włókien, robię to zaś w przeświadczeniu. że z jednej strony istota szara służyła mi za przedmiot zasadniczy poszukiwań, że zaś z drugiej strony przebieg włókien sam przez się wyłaniać się będzie z następującego obecnie opisu wyników doświadczalnych.

Za punkt wyjścia swych badań doświadczalnych obrałem znany fakt zwyrodnienia wtórnego w istocie szarej mostu po przecięciu ramienia mostu z jednej strony (v. Gudden, Vejas i inni) i konaru mózgowego z drugiej (Langley i Grünbaum, Monakow i inni) — po uszkodzeniu pierwszego w istocie szarej mostu strony przeciwległej, po uszkodzeniu drugiego po stronie operowanej. Po każdej z operacji powyżej wspomnianych postawiłem sobie za zadanie przedewszystkiem stwierdzić dokładnie rozmiary i umiejscowienie zwyrodnienia, a tem samem określić bliżej wzajemny stosunek do siebie włókien i komórek wyrodniejących w każdym przypadku, a także ewentualnie do innych, mało nam dotychczas znanych skupień komórkowych istoty szarej mostu, które pozostają nietkniętemi.

Skutki przecięcia ramienia mostu dla jego istoty szarej badane na 5 królikach (zwierzęta operowane były w kilka dni po urodzeniu i uśmiercane w 3 miesiące po operacji) przedstawiały się wszędzie jednakowo: zwyrodnienia wtórne komórek (w postaci zupełnego ich zniknięcia) znajdowały się zawsze po stronie przeciwległej operacji, podczas gdy strona operowana w istocie szarej mostu zmian żadnych nie wykazywała.

Najwybitniej zostały dotknięte przez zwyrodnienie wtórne

grupy boczna i konarowa, mniej nieco grzbietowo-boczna i boczne części przyśrodkowej grupy, brzuszna i środkowa natomiast pozostały przez sprawę wtórną oszczędzone. Z grupy bocznej pozostało tylko małe skupienie komórek, które określiłem jako „wyrostek ogonowo boczny grupy bocznej", i nieliczne komórki rozsiane koło brzegu bocznego istoty szarej mostu. W grupie konarowej nietknięte zostały tylko nieliczne komórki, niektóre zdradzały zmniejszenie swych wymiarów, większość zaś zginęła. Z grupy przyśrodkowej, przeciwnie, większość komórek, zwłaszcza w kierunku linji środkowej, została zachowana.

Badanie mózgów, w których konar mózgowy nie był zwyrodniały całkowicie, wykazało w sposób niezbity fakt, zdaniem mojem, bardzo ważny, że po przecięciu konaru mózgowego, o ile zwierzę operowane było nowonarodzone, braki komórkowe spotykają się w tych samych skupieniach komórkowych, co po uszkodzeniu przeciwległego ramienia mostu — znowu więc w grupie bocznej, konarowej, grzbietowo-bocznej i częściach bocznych przyśrodkowej grupy. W przeciwstawieniu do wyników uszkodzenia ramienia mostu zwyrodnienie wtórne ogarnia tu jednak jeszcze część czołową grupy przyśrodkowej. W obrębie powyżej wymienionych grup komórkowych nie udało mi się rozróżnić, które skupienia komórek istoty szarej mostu wyrodnieją wtórnie li-tylko po przecięciu konaru mózgowego, a które po uszkodzeniu ramienia mostu.

Fakt, że braki komórkowe zarówno po niezupełnem przecięciu konaru mózgowego, jak i całkowitem przecięciu ramienia mostu leżą w jednych i tych samych okolicach istoty szarej mostu, pozwala nam przypuszczać, że w grupach, w obydwu przypadkach wyrodniejących, znajdują się koło siebie komórki różnorodnej wartościowości architektonicznej. Ażeby to ważne pytanie rozwiązać ostatecznie trzeba było się zwrócić ku zwierzętom, którym konar mózgowy zniszczony został całkowicie, zwracać zaś uwagę należało mniej już na rozmieszczenie zwyrodnień wtórnych komórek nerwowych, jak na to, gdzie i które komórki pozostały zupełnie nietknięte.

Z mózgów operowanych, które badałem, tylko jeden odpowiadał wymaganiom powyżej wymienionym. Zwyrodnie wtórne w istocie szarej mostu po stronie uszkodzenia było w tem doświadczeniu na każdym skrawku większe, niż po zniszczeniu cał-

kowitem ramienia mostu—ilość komórek pozostałych była mniejsza niż po przecięciu ramienia mostu aż do skrawków, najbardziej w kierunku rdzenia położonych; o wpływie bezpośrednim uszkodzenia mowy być w nich nie mogło. Określając wielkość braków komórkowych według ilości komórek pozostałych, powiedzieć było można w zestawieniu z obrazem anatomicznym po przecięciu ramienia mostu, że w doświadczeniu rozpatrywanem całkowitego uszkodzenia konaru brakowała przedewszystkiem zupełnie grupa konarowa, która po zniszczeniu ramienia mostu wyrodniała niezupełnie; powtóre, że w czołowych częściach istoty szarej mostu w pobliżu uszkodzenia pierwotnego braki komórkowe były bardzo znaczne. O ile te ostatnie zmiany w czołowych częściach mostu nie dały się bliżej zanalizować (wskutek braku materjału porównawczego, blizkości uszkodzenia i t. d.), o tyle więcej powiedzieć można o zwyrodnieniu wtórnem w skrawkach ogonowych. Braki komórkowe w skrawkach tych, bliżej rdzenia leżących, były tak znaczne, że nawet w okolicach, które dają początek włóknom przeciwległego ramienia mostu, komórek nerwowych nie było.

Doświadczenie to pouczyło nas, że jakkolwiek zwyrodniała w niem i ta nieznaczna część komórek grupy konarowej, która po przecięciu ramienia mostu nie ginie, ogromna większość komórek nerwowych wtórnie porażonych odpowiada ściśle komórkom, ginącym po przecięciu ramienia mostu. Na zasadzie doświadczenia powyższego należy rozróżniać w grupie bocznej, grzbietowo-bocznej, konarowej, a także w części bocznej grupy przyśrodkowej pierwiastki trojakiego rodzaju: takie, które wyrodnieją tylko po przecięciu konaru mózgowego (część grupy konarowej), takie, które podlegają zmianom wtórnym po przecięciu konaru mózgowego zarówno jak i ramienia mostu i stanowią większość, i wreszcie takie, które wyrodnieją tylko po uszkodzeniu ramienia mostu. Umiejscowienie tych ostatnich wydaje się być bardziej rozlane i nie da się dokładnie określić.

Widzimy zatem, że wewnątrz pewnego wyraźnie odgraniczonego odcinka istoty szarej mostu komórki nerwowe podlegają wpływowi przecięcia konaru mózgowego zarówno jak i ramienia mostu. Jeśli nawet przypuszczamy, że pewna część tych komórek nerwowych ginie tylko po uszkodzeniu konaru mózgowego, druga tylko po przecięciu ramienia mostu, nie pozostaje nam

co do pokaźnej masy komórek pozostałych — wyrodniejących po obydwóch zabiegach operacyjnych — nic innego do powiedzenia, jak tylko to, że w kwestji wykrycia jakości histologicznych stosunków pomiędzy włóknem nerwowem a komórką nerwową metoda G u d d e n'a nie zawsze może być przydatną. Nie dowiadujemy się bowiem przy jej pomocy o całym szeregu komórek nerwowych, które z nich uważać należy za zależne od mózgu (Grosshirnanteil), a które za zależne od móżdżku (Kleinhirnanteil) — innemi słowy, które wysyłają swe włókna osiowe ku korze mózgowej, a które ku móżdżkowi.

Dla dokładniejszego zorjentowania się we wzajemnych stosunkach konaru mózgowego, istoty szarej mostu i ramienia tego ostatniego przedsięwziąłem operację skombinowaną, jak dotychczas przez nikogo nie wykonaną, polegającą na usunięciu (w kilka dni po urodzeniu zwierzęcia) półkuli mózgowej jednej strony i (w miesiąc po operacji pierwszej) półkuli móżdżkowej po stronie przeciwległej. Celem tego doświadczenia, uwieńczonego w jednym przypadku skutkiem pomyślnym, było z jednej strony skontrolowanie danych, otrzymanych na podstawie badania skutków anatomicznych dla istoty szarej mostu wywołanych przez przecięcie konaru mózgowego, lub też zniszczenie ramienia mostu, z drugiej strony dowiedzenie się, które to grupy komórek istoty szarej mostu po zabiegu podobnym pozostają nietknięte, a zatem ani od konaru mózgowego, ani od ramienia mostu nie są zależne.

Pomijając na razie dane, dotyczące tego ostatniego zagadnienia, przechodzę do interesującej nas obecnie sprawy stosunku konaru mózgowego, istoty szarej mostu i ramienia mostu. Otóż rozmiar zwyrodnienia wtórnego w istocie szarej mostu był w tem doświadczeniu skombinowanem o tyle większy, niż po przecięciu ramienia mostu, iż g r u p a k o n a r o w a zniknęła w niej całkowicie, a w c z o ł o w e j c z ę ś c i mostu brak było wielu komórek nerwowych w całej g r u p i e p r z y ś r o d k o w e j. Braki komórkowe nie przybrały jednak rozmiarów większych i nie były inaczej umiejscowione, jak po przecięciu całkowitem konaru mózgowego. I to doświadczenie zatem nie wyjaśniło nam jakości stosunków pomiędzy korą mózgową, mostem i móżdżkiem, pozwalając nam wypowiedzieć to samo przypuszczenie, że większość komórek nerwowych, wyrodniejących skutkiem

zniszczenia ramienia mostu, może zniknąć również po przecięciu konaru mózgowego u nowonarodzonego zwierzęcia. Gdyby bowiem słusznem było przypuszczenie teoretyczne, że w istocie szarej mostu jedne komórki wysyłają swe wyrostki do móżdżku, inne zaś do kory mózgowej, powinnoby to znaleźć swój wyraz w ilości komórek pozostałych. Ta zaś nie była mniejsza, niż po przecięciu całkowitem konaru mózgowego.

Do wyświetlenia trudności powyższych, nastręczających się przy użyciu do operacji zwierząt nowonarodzonych, pomogło mi inne doświadczenie, wykonane w takich rozmiarach, o ile mi wiadomo, również po raz pierwszy: mianowicie królikowi pięciotygodniowemu został na jednem posiedzeniu przecięty konar mózgowy i ramię mostu po jednej i tej samej stronie. Doświadczenie to przedstawiało rzadką sposobność badania pod względem anatomicznym u jednego i tego samego zwierzęcia skutków zniszczenia konaru mózgowego po stronie uszkodzenia i skutków przecięcia ramienia mostu po stronie przeciwległej. Ponieważ zaś zwierzę nie było operowane, jak inne zwierzęta, w kilka dni po urodzeniu, mogłem, porównywając z innymi preparatami, stwierdzić różnicę histologiczną w zwyrodnieniu wtórnem u zwierząt operowanych wkrótce po urodzeniu a w wieku późniejszym. Otóż w doświadczeniu tem okazało się, że podczas gdy przecięcie ramienia mostu spowodowało po stronie przeciwległej istoty szarej mostu zwykłe zwyrodnienia w odcinkach bocznych, zniszczenie konaru mózgowego nie powodowało zniknięcia komórek nerwowych w odpowiednim odcinku istoty szarej, wyraziło się natomiast w zwyczajnem zmniejszeniu wielkości komórek, a przedewszystkiem w zaniku istoty wypełniającej przestrzenie międzykomórkowe (subst. molecularis), skutkiem czego komórki nerwowe zbliżyły się ku sobie. Innemi słowy, grupy komórkowe, które znikały zupełnie u zwierząt operowanych wkrótce po urodzeniu, zdradzały w naszem doświadczeniu u zwierzęcia pięciotygodniowego tylko pewien lekki stopień zaniku (zmniejszenie objętości).

Przyjęty został w nauce fakt, iż włókna nerwowe biorą początek tam, gdzie komórki wtórnie wyrodnieją, rozgałęziają się zaś swemi zakończeniami w tej części istoty szarej, w której komórki nerwowe są względnie dobrze zachowane, lecz istota międzykomórkowa zanika. Stosując podobny punkt wi-

dzenia, nie dający się zużytkować w doświadczeniach poprzednich, do wyników ostatniego doświadczenia, powiedzieć można, że włókna konaru mózgowego biorą początek w korze mózgowej i przenikają swemi rozgałęzieniami końcowemi istotę szarą mostu, w tej ostatniej natomiast zaczyna się neuron nowy, wysyłający swój wyrostek przez ramię mostu przeciwległe do móżdżku. W podobny sposób dałoby się wytłomaczyć zadawalniająco różnorodne zachowanie się komórek nerwowych po obydwu stronach i ich zmiany głębszej natury po stronie przeciwległej uszkodzonego ramienia mostu.

Z powyższego krótkiego zarysu zwyrodnień wtórnych, które występują w istocie szarej mostu po przecięciu konaru mózgowego, ramienia mostu a także operacjach skombinowanych (uszkodzenia ramienia mostu i konaru mózgowego u tego samego zwierzęcia po jednej i tej samej stronie, czy też na krzyż) zwyrodnień, ktore na pierwszy rzut oka bynajmniej nie przedstawiają się w sposób jednolity, widzimy jakie trudności napotykamy przy próbie wyjaśnienia stosunków histologicznych pomiędzy mózgiem a móżdżkiem. Zwłaszcza dwa zagadnienia domagają się wyjaśnienia: przedewszystkiem w jaki sposób wytłomaczyć sobie można zjawisko, że jedna i ta sama komórka w istnieniu swem zależy od kory mózgowej i od móżdżku, i powtóre, dlaczego komórka nerwowa ulega u zwierząt operowanych wkrótce po narodzeniu całkowitemu wessaniu, u zwierząt zaś starszych zmniejsza jedynie swą wielkość?

Przedewszystkiem odpowiedzieć należy na pierwsze pytanie. Fakt, że w pewnych odcinkach istoty szarej mostu jedna i ta sama komórka nerwowa po operacji u zwierząt nowonarodzonych wyrodnieć może zarówno po przecięciu ramienia mostu, jak i konaru mózgowego, wyjaśniony może być w sposób dwojaki. Jeśli wiernymi chcielibyśmy pozostać poglądom dotychczasowym, zdobytym metodą G u d d e n a, twierdzącym, że komórka wtedy tylko wyrodnieje wtórnie, kiedy jej włókno osiowe uszkodzonem zostaje, należałoby uznać, wbrew wszystkim badaniom histologicznym, że w istocie szarej mostu istnieją komórki nerwowe, które dwiema wypustkami nerwowemi są zaopatrzone. Ponieważ jedna z nich podążałaby przez ramię mostu ku móżdżkowi, drugą zaś przez konar mózgowy ku mózgowi, stąd — możliwość zwyrodnienia wtórnego komórki, któraby

im początek dawała, z dwóch stron. Uznaniu hypotezy powyższej stoją jednak ze strony histologji przeszkody bardzo znaczne; wobec tego dla wytłomaczenia interesującego nas faktu niezwykłego szukać musimy przyczyn — leżących w samej sprawie zwyrodnienia wtórnego. Skoro w jednym tylko przypadku zwyrodnienia wtórnego (czy to po przecięciu konaru mózgowego, czy przecięciu ramienia mostu) uszkodzona być może wypustka nerwowa, zwyrodnienie wtórne komórek w drugim przypadku nie może zatem zależyć od uszkodzenia ich wypustek nerwowych, lecz wywołane jest „pośrednio" — przez zniszczenie innego neuronu. Tylko przypuszczenie zwyrodnienia wtórnego „pośredniego" zdoła nam wytłomaczyć, dlaczego operacja zwierząt nowonarodzonych nie wyjaśniła nam jakości stosunku pomiędzy włóknem nerwowem a komórką w pewnych odcinkach istoty szarej mostu.

Jak widzieliśmy, o wiele cenniejszem, niż operacja na nowonarodzonych zwierzętach, dla wyjaśnienia stosunków kory mózgowej, istoty szarej mostu i móżdżku okazało się owo doświadczenie wykonane na zwierzęciu starszem, polegające na przecięciu ramienia mostu i konaru mózgowego u jednego zwierzęcia po jednej i tej samej stronie. Wiek zwierzęcia okazał się czynnikiem hamującym sprawę wtórnego zwyrodnienia po stronie uszkodzenia konaru mózgowego, po której zniknęła jedynie istota międzykomórkowa, komórki nerwowe natomiast wykazywały tylko zmniejszenie objętości; te ostatnie zwyrodniały tu wtórnie li tylko po stronie przeciwległej uszkodzeniu ramienia mostu. Doświadczenie to, dając nam zatem odpowiedź i na drugie postawione przez nas pytanie, czemu komórki nerwowe, ginące po uszkodzeniu konaru mózgowego u zwierząt operowanych zaraz po urodzeniu, nie znikają u zwierząt poddanych doświadczeniom w wieku późniejszym, pozwala nam w dalszym ciągu zbliżyć się ku ważnemu zagadnieniu stosunku pomiędzy mózgiem a móżdżkiem.

Najbliższem zdaje się być wyrażone już poprzednio przypuszczenie, że większość włókien dróg łączących korę mózgową z mostem przebiega w kierunku od kory mózgowej i za pomocą swych rozgałęzień końcowych kończy się w istocie szarej mostu. Przemawiają za tem również wyniki osiągnięte metodą Mar-

chi'ego, które włókien, biegnących w kierunku ku korze mózgowej, w konarze mózgowym nigdy stwierdzić nie mogły.

W rzeczywistości tylko bardzo nieliczne komórki nerwowe istoty szarej mostu zdają się wysyłać swe wypustki nerwowe ku korze mózgowej. Tylko bardzo nieznaczna część grupy konarowej istoty szarej mostu może być uważana u królika za istotę szarą od kory mózgowej zależną (Grosshirnanteil) t. j. może ku korze wypustki nerwowe wysyłać.

D. n.

PRZYPADEK OPEROWANEGO NOWOTWORU RDZENIA.

podał

Dr. Med. ALEKSANDER PAŃSKI

Ordynator oddziału chorób nerwowych w szpitalu Poznańskich w Łodzi. Operacji dokonał Dr. Antoni Goldman ordynator oddz. chirurgiczn. tegoż szpitala.

Ponieważ każdy przypadek rozpoznanego i usuniętego nowotworu rdzenia nie tylko wzbogaca materjał kazuistyczny lecz przyczynia się do ułatwienia rozpoznania różniczkowego między przewlekłemi cierpieniami rdzenia a guzami tegoż, przeto nie będzie chyba zbytecznem podać opis szczegółowy przypadku bardziej zawiłego.

Przypadek dotyczy 24-ro letniej E. L., która przybyła do szpitala 12 sierpnia r. b., na mój oddział zaś zapisana została 28 tegoż miesiąca. Będąc dotąd zupełnie zdrową, zachorowała 2 tygodnie przed wstąpieniem do szpitala. Cierpienie wystąpiło nagle: chora poczuła drętwienie i osłabienie w prawej kończynie górnej i dolnej, dnia następnego te same objawy wystąpiły również i w lewej połowie ciała; ciepłota miała być podniesiona. Po kilku dniach chora zupełnie ruszyć się nie mogła, przestała dowolnie oddawać mocz, nie miała też wypróżnienia. Uczucie drętwienia i mrowienia w porażonych kończynach ustąpiło.

Badanie dn. 28 sierpnia. Chora blada, wycieńczona, o wątłej budowie ciała. Od lat czterech jest mężatką, nie roniła, ma dwoje zdrowych dzieci, obecnie znajduje się w 4-ym miesiącu ciąży. Chora stale gorączkuje. W narządach wewnętrznych nie stwierdzono zmian chorobowych. Nerwy mózgowe zmian widocznych nie wykazują. Głową chora porusza swobodnie, nie odczuwając bólu. Kończynami dolnemi chora nie może wykonać żadnego ruchu. Niema w nich przykurczeń, ani wzmożonego napięcia mięśniowego, przeciwnie, stan mięśni w kończynach dolnych jest zupełnie wiotki. Ruchy bierne swobodne. Na ruchy mimowolne w kończynach dolnych chora się nie uskarża. Kończyny górne, zgięte w stawie łokciowym, napiąstkowym i palco-

wych, spoczywają na klatce piersiowej. Przy wyprostowywaniu kończyn w stawie łokciowym natrafia się na nieznaczny opór. Po zaprzestaniu ruchów wyprostnych kończyny górne znów przyjmują pozycję pierwotną. Przy przezwyciężaniu oporu mięśniowego chora bólu nie odczuwa. Wyprostne ruchy bierne udają się z taką łatwością, jak gdyby stan mięśni przykurczonych był zupełnie wiotki. Ruchy dowolne w kończynach górnych nieznaczne: chora przy dość znacznym wysiłku może je cokolwiek unieść ku górze lecz utrzymać ich na tym poziomie nie może, nie może ich też rozgiąć w stawie łokciowym; dłonią i palcami nie włada zupełnie. Chora nie wykonywa tułowiem żadnego ruchu: nie może się podnieść z pozycji leżącej, jak również posadzona nie może siedzieć bez podtrzymania; przewrócić się z boku na bok również nie jest w stanie. W kończynach porażonych wychudzenie ogólne, lecz brak zaników umiejscowionych. Odruchy kolanowe obustronnie zachowane, mogą jednakże być wywołane tylko przy pewnem ustawianiu goleni względem uda. Odruchy ze ścięgien Achillesa żywe. Objawu stopowego niema. Z prawej strony odruch podeszwowy ma niekiedy odcień odruchu Babińskiego; z lewej strony występuje stale wyraźny odruch Babińskiego. Odruchy brzuszne zniesione. Odruchy z mięśnia trójgłowego słabe; z okostny promienia również nieznaczne. Czucie dotykowe, bólowe i cieplikowe zniesione na kończynach dolnych, tułowiu, klatce piersiowej i kończynach górnych, za wyjątkiem okolicy mięśnia barkowego. Granica znieczulenia biegnie zprzodu po drugim żebrze i pod główką kości ramieniowych, ztyłu zaś po grzbietach łopatek do 3-go kręgu grzbietowego. W porażonych kończynach — zaburzenia zmysłu położenia tychże kończyn. W pasie, leżącym powyżej granicy znieczulenia, brak nadczułości; znieczulenie przechodzi ostro w czucie prawidłowe. Mocz oddaje tylko przy pomocy kateteru. Zaparcie stolca. W okolicy krzyża głęboka odleżyna znacznych rozmiarów. Odleżyny powierzchowne wyrostków kręgów grzbietowych. Bólów stałych lub napadowych chora od początku nie miewała i obecnie się na bóle nie uskarża. Również nie było kurczów w kończynach porażonych. Kręgosłup nie bolesny ani przy uciskaniu, ani przy opukiwaniu; czasami otrzymuje się wrażenie, jak gdyby wyrostki cierniste górnych kręgów grzbietowych były wrażliwsze na ucisk. Naciskanie na czaszkę lub ramiona nie powoduje bólów. Lewa szpara oczna nieco węższa od prawej. Lewa źrenica również nieco węższa; obydwie słabo oddziaływują na światło, lepiej zaś na nastawienie.

Zestawiwszy dane, zebrane z wywiadów i otrzymane przy badaniu, można chorobę w streszczeniu przedstawić jak następuje: U 24-o letniej kobiety, przedtem zdrowej, występuje na-

gle bez poprzedzającego okresu bólowego przy objawach gorączki bezwład połowiczy prawostronny, do którego przyłącza się następnego dnia takiż bezwład lewostronny; w porażonych kończynach parestezje w postaci drętwienia, które wkrótce ustępują; oprócz porażenia wszystkich kończyn zatrzymanie moczu i kału. Po kilku dniach chora ruszyć się nie może o własnej sile. Badanie w 3-im tygodniu choroby wykazuje zupełne porażenie kończyn dolnych, prawie zupełne porażenie kończyn górnych z nieznacznemi przykurczeniami zginaczy w tych ostatnich. Wybitne upośledzenie czucia dotykowego, bólowego i cieplikowego, sięgające od dołu aż do wysokości 2-go żebra. Zatrzymanie moczu. Odleżyny. Lewostronny objaw Babińskiego i ślady tegoż objawu po stronie prawej. Brak odruchów brzusznych.

Pierwsze rozpoznanie sprawy chorobowej brzmiało: poprzeczne zajęcie rdzenia z przyczyny niewiadomej. Ponieważ cały obraz chorobowy wystąpił nagle, nasuwało się tedy przypuszczenie, iż mamy do czynienia z ostrem zapaleniem rdzenia. Lecz brak nam było wszelkich ku temu momentów etjologicznych. Zaziębienie, uraz, zaczadzenie (spostrzeżenie własne (1), choroby zakaźne, wskutek których powstać może zapalenie rdzenia, trzeba było u chorej naszej wyłączyć. Również wyłączyć można było zajęcie rdzenia, spostrzegane niekiedy podczas ciąży, ponieważ i ta postać zapalenia rdzenia występuje jedynie na tle zakażenia, którego u chorej nie stwierdzono. Nie było również żadnych danych, przemawiających za przymiotem rdzenia; nie wskazywały bowiem na to ani wywiady, ani wynik badania chorej w tym kierunku: na ciele pomimo skrzętnych poszukiwań nie znaleźliśmy śladów sprawy syfilitycznej; chora urodziła dwoje zdrowych i żyjących obecnie dzieci, jest w ciąży po raz trzeci. Pomimo to zaleciłem chorej leczenie swoiste (przez cały czas pobytu w szpitalu przed wstąpieniem na mój oddział chora przyjmowała jod w dużych dawkach), które jednak zostało po tygodniu zaniechane, ponieważ stan ogólny chorej pogarszał się szybko, objawy zaś miejscowe nie zmniejszały się zupełnie.

Nad gruźliczą postacią zapalenia rdzenia zastanawialiśmy się też ze względu na stan gorączkowy chorej i na zły stan odżywiania. Jednakże wobec braku tła gruźliczego i wobec tej okoliczności, iż w rozpoznaniu różniczkowem daleko częściej wspomina się o tej rzadkiej postaci zapalenia rdzenia z punktu teo-

retycznego niż z faktycznego, chorobową tę postać wyłączyliśmy. Pomyśleć prędzej można było o próchnicy kręgów i ich zniekształceniu, lecz i to przypuszczenie upadło wobec braku garbu, braku bolesności kręgów i t. d.

Wobec nagłego powstania cierpienia należało również pomyśleć o wylewie krwi do rdzenia lub o wylewie międzyoponowym. Lecz przyczyną takiego wylewu bywa zazwyczaj uraz, który u naszej chorej miejsca nie miał. Nie można było również myśleć o wylewie krwi samorzutnym u osoby młodej, która nie nadużywała napojów wyskokowych, ani też nie przebyła żadnego z tych cierpień, następstwem którego były by tak znaczne zmiany w naczyniach, iż by samorzutne z nich wynaczynienie było prawdodobne. Zresztą i całokształt obrazu klinicznego bynajmniej za tem rozpoznaniem nie przemawiał. Jeżeli wobec nagłego powstania cierpienia można było myśleć o pęknięciu naczynia, to raczej przypuścić należałoby wynaczynienie do nowotworu.

Wreszcie, wobec umiejscowienia sprawy chorobowej w szyjowej części rdzenia, zastanawialiśmy się nad przerostowem zapaleniem opony rdzeniowej twardej (pachymeningitis cervicalis hypertrophica). Lecz brak bólów w kończynach górnych, brak w nich zaników mięśniowych, brak podłoża syfilitycznego i gwałtowny przebieg cierpienia upoważniały nas do wyłączenia tej rzadko spostrzeganej postaci chorobowej.

Od czasu pogłębienia i rozszerzenia nauki o nowotworach rdzenia i o zapaleniu opon rdzeniowych ograniczonem (meningitis spinalis serosa circumscripta) coraz rzadziej rozpoznajemy zapalenie rdzenia jako takie, natomiast coraz częściej podejrzewamy i w rzeczywistości jako przyczynę zajęcia przekroju rdzenia znajdujemy nowotwór, który, uciskając rdzeń, powoduje objawy porażenia poprzecznego i zaburzenia czuciowe.

Jeżeli ponadto weźmiemy pod uwagę pomyślne wyniki, jakie daje usuwanie guzów na drodze operacyjnej, i porównamy je z nieuleczalnością (w większości przypadków) zapalenia rdzenia, to okaże się jasnem, dlaczego w każdym przypadku poprzecznego zajęcia rdzenia szukamy sprawy nowotworowej i nie zadawalniamy się jak dawniej rozpoznaniem zapalenia rdzenia.

To też gdyśmy na zasadzie powyższych rozstrząsań różniczkowo rozpoznawczych wyłączyli zajęcie poprzeczne rdzenia jako

cierpienie samoistne, doszliśmy na naradzie z kol. Klozenbergiem do wniosku, iż u naszej chorej mamy najprawdopodobniej do czynienia ze sprawą nowotworową.

Prawie nagłe powstanie całego obrazu chorobowego nie przemawiało bynajmniej przeciw temu rozpoznaniu, znane są bowiem przypadki nowotworów rdzenia, w których bezwłady powstawały nagle. Ograniczę się przytoczeniem przypadków z piśmiennictwa naszego. W jednem ze spostrzeżeń Flataua (2) nastąpiła po pewnym czasie trwania choroby nagła utrata władzy w kończynach dolnych. W przypadku Bregmana (3) bezwład zupełny kończyn dolnych wystąpił w przeciągu 48 godzin. „Szybkie powstanie porażenia poprzecznego, według tegoż autora, nie jest bynajmniej rzeczą wyjątkową". Przeciw rozpoznaniu nowotworu nie przemawiała również gorączka, która przy sprawach nowotworowych zdarza się względnie często, jak to zaznacza Bregman (4).

Trudniej było rozstrzygnąć pytanie, czy mamy do czynienia z guzem zewnątrzkręgowym, uciskającym rdzeń, czy też z nowotworem zewnątrz — lub wewnątrzrdzeniowym. Niektóre dane pozwalały do pewnego stopnia wyłączyć guz kręgosłupa, mianowicie: brak zmian w statyce kręgosłupa, brak wybitnej bolesności kręgów przy ucisku, zupełny brak bólów bądź w kręgosłupie, bądź w międzyżebrzach lub kończynach, brak kurczów samoistnych i zaników w poszczególnych mięśniach.

Również mało prawdopodobny był guz zewnątrzkręgowy (naprz. nowotwór śródpiersia), który by w następstwie wrósł do kanału kręgowego, ponieważ guz taki nie został przy badaniu wykryty, ani też objawów tego rodzaju guza u naszej chorej nie stwierdzono: nie było objawów miejscowych guza piersiowego, jako też brak było bólów i zaników, spowodowanych uciskiem nerwów lub splotów obwodowych, jak to bywa w nowotworach, wrastających do kanału kręgowego.

O wiele więcej prawdopodobnym wydawał nam się nowotwór wewnątrzkręgowy. Pozostawało do rozstrzygnięcia pytanie, czy mamy do czynienia z guzem wewnątrz czy zezwnątrz-rdzeniowym. Odpowiedź na pytanie to może być dana zaledwie z pewnem tylko prawdopodobieństwem. Według zdania miarodajnego w tych kwestjach autora Malaisé (7) „niema objawu, który byłby rozstrzygającym w kwestji umiejscowienia nowotwo-

ru wewnątrz czy zewnątrz rdzenia. Tylko kolejność objawów, czas ich wystąpienia i trwania dają cenne pod tym względem wskazówki". Thomayer (8) zapatruje się na tą kwestję jeszcze sceptyczniej. Pomimo to w wielu przypadkach udawało się na zasadzie objawów klinicznych umiejscowić nowotwór wewnątrz lub zewnatrz rdzenia. Toteż próbę tą i myśmy uczynili.

Umotywowanie przypuszczalnego rozpoznania nowotworu zewnątrz-rdzeniowego zaczynamy od braku niektórych objawów, poniekąd typowych dla guzów zewnątrzrdzeniowych. W przypadku naszym brak było objawów ze strony korzeni rdzenia, jak kurcze lub zaniki mięśniowe, albo też znieczulenie korzeniowe w jakimś pasie skóry, otrzymującym unerwienie czuciowe od odpowiedniego korzenia tylnego. Powtóre, brak było bólów, które zazwyczaj poprzedzają wszelkie inne objawy i które, według Flataua (1), stanowią niewątpliwie jeden z istotniejszych objawów guzów wewnątrzkręgowych. Lecz tenże autor jakoteż i inni przytaczają przypadki, w których bóle były bardzo słabe, lub nie występowały zupełnie. W przypadku Flataua i Sterlinga (9) brak było bólów dotkliwych podczas całego przebiegu choroby. Nonne (10), wybitny i miarodajny znawca nowotworów rdzenia, w jednym przypadku wyłączył nowotwór na zasadzie braku wszelkich bólów, a jednak sekcja wykazała guz torbielowy, usadowiony na grzbietowej części rdzenia. Według tegoż autora „przypadek Schultze'go wykazał po raz pierwszy, iż nowotwory, uciskające rdzeń, przebiegać mogą bez okresu bólowego". Od tego czasu spostrzeżenia nowe fakt ten potwierdziły. Flatau i Sterling (9) zebrali 4 przypadki nowotworów rdzenia, w których brak było bólów. W jednym przypadku guza zewnątrzoponowego Saenger'a (11) również brak było zupełnie okresu bólowego. W przypadku przypuszczalnego nowotworu rdzenia Zylberlastówny (12) „nie zanotowano nawet krótkiego okresu bólowego podczas całego przebiegu cierpienia". Zresztą brak okresu bólowego już dla tego nie wyłącza nowotworu zewnątrzrdzeniowego, iż bólów może nie być przy siedlisku guza międzykorzeniowem, lub gdy nowotwór rośnie z przodu od strony trzonów kręgowych. Malaisé podaje, iż w 5% guzów zewnątrzrdzeniowych brak było bólów.

Bardzo ciekawe pod tym względem są dwa spostrzeżenia Thomayer'a (8), z których w pierwszem (mianowicie w przypadku

nowotworu zewnątrzoponowego) brak było bólów, natomiast istniało typowe rozszczepienie czucia; w drugim zaś (mianowicie w przypadku nowotworu wewnątrzrdzeniowego) były właśnie bóle i znieczulenie zupełne.

Rozpoznanie nasze oparliśmy jeszcze na objawach, które do pewnego stopnia wprost za umiejscowieniem nowotworu zewnątrzrdzeniowem przemawiały. Do takich zaliczyliśmy: a) Rozrost sprawy chorobowej w kierunku poprzecznym. Według Sterz'a (13) znamienną cechą guzów wewnątrzrdzeniowych jest wstępujący lub zstępujący charakter objawów rdzeniowych, jako wynik rozrostu nowotworu ku górze lub ku dołowi. W dwóch przypadkach nowotworu wewnątrzrdzeniowego Nonne (14) spostrzegał w jednym z nich rozprzestrzenienie się sprawy chorobowej ku górze i ku dołowi, w przypadku drugim — ku górze. b) Zniesienie wszystkich rodzajów czucia w równej mierze. Natomiast na korzyść nowotworów wewnątrzrdzeniowych przemawia, według Malaise'go (7), rozszczepienie czucia. c) Przejście porażenia połowiczego w porażenie poprzeczne. Blizkiem prawdy było by może przypuszczenie, iż, gdyby badano chorą pierwszego dnia choroby, stwierdzono by obok bezwładu prawostronnego zmiany czuciowe w kończynach lewych według typu Brown-Séquarda. d) Przebieg choroby stale postępujący nie zaś nieregularny, jak to bywa przy nowotworach wewnątrzrdzeniowych, przy których zdarzają się nawet poprawy, wahania. e) Przy umiejscowieniu nowotworu w części szyjowej guz wewnątrzrdzeniowy, usadawiając się głównie w rogach przednich, powoduje przeważnie zaniki mięśniowe z odczynem zwyrodnienia, których nie bywa przy nowotworach zewnątrzrdzeniowych (Malaisé).

Ponieważ wyszczególnione powyżej cechy przemawiały za nowotworem zewnątrzrdzeniowym, zatrzymaliśmy się na tem ostatniem rozpoznaniu, jako na najprawdopodobniejszem.

Rozpoznanie guza zewnątrzrdzeniowego upoważniało nas do zabiegu operacyjnego. Mieliśmy nadzieję, iż, gdyby nawet umiejscowienie nowotworu zewnątrz rdzenia okazało się mylnem, to laminektomja [w myśl zdania Oppenheim'a (16)], jako taka, może poniekąd dodatnio wpłynąć i na przebieg nowotworu na podobieństwo trepanacji przy niedających się usunąć nowotworach mózgowych.

Na naradzie z Kol. Goldmanem zadecydowaliśmy poddać

chorą operacji. Wyłuszczenie ewentualnie znalezionego nowotworu postanowiliśmy dokonać na jednem posiedzeniu zaraz po usunięciu łuków kręgowych w myśl Flataua i innych, którzy dają pierwszeństwo operacji na jednem posiedzeniu przed operacją dwuczasową.

Przy umiejscowieniu nowotworu i określeniu górnego bieguna guza kierowaliśmy się poniekąd prawem Sherringtona, według którego górnej granicy nowotworu szukać należy o dwa odcinki wyżej, jak by na to wskazywała granica znieczulenia, ponieważ każdy pas skóry otrzymuje swe nerwy czuciowe od kilku korzeni rdzeniowych. Głównie zaś kierowaliśmy się schematem i umotywowanymi wywodami Flataua (17), według którego na zasadzie wysokości zaburzeń czuciowych określić można okolicę dotkniętą. (Die motorische, sensible und Reflexsegmentirung im Rückenmark. 1910 r.). U naszej chorej linja, oddzielająca skórę znieczuloną od czułej, przebiegała po tak zwanej szyjowo-kadłubowej pogranicznej linji (Halsrumpfgrenzlinie)—drugiej z jedenastu linji kierunkowych (Richtungslinien) i po szyjowo-naramiennej linji (Halsarmgrenzlinie) jako bocznem przedłużeniu poprzedniej. (Fig. 1).

Ponieważ kończyny górne były znieczulone od palców do stawu barkowego, a jak wiadomo w unerwieniu czuciowem kończyn górnych przyjmują udział wszystkie dolne odcinki szyjowe (C_5—C_8), przeto linja znieczulenia t. zw. szyjowo-kadłubowa wskazywała na zajęcie wszystkich tych odcinków (C_5—C_8). Linja ta biegnie (według tegoż schematu) po dolnej granicy czwartego odcinka szyjowego i oddziela zprzodu te odcinki szyjowe od odcinków grzbietowych, zaczynając od drugiego (D_2).

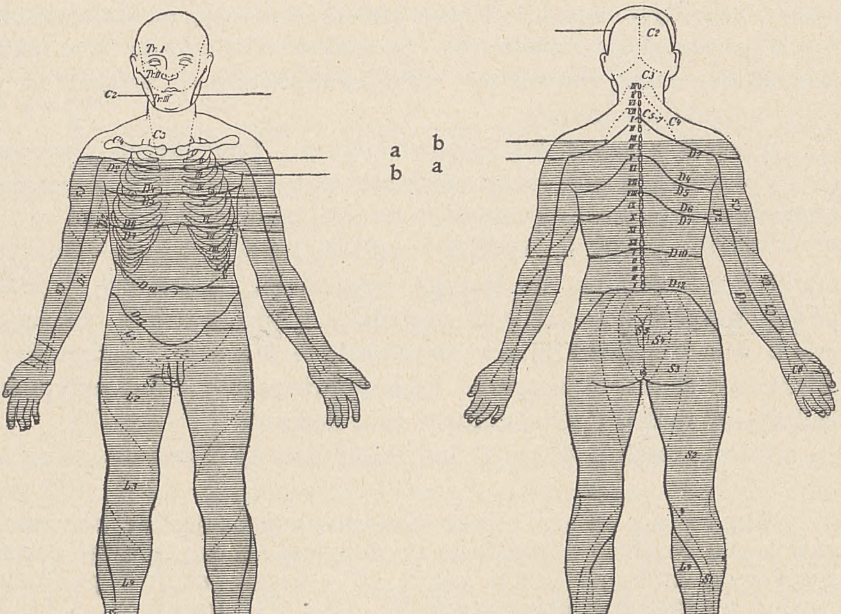
Z drugiej strony ramiona w okolicach mięśnia barkowego nie były pozbawione czucia, przeto linja znieczulenia biegła na ramionach po linji szyjowo-ramiennej (Halsarmgrenzlinie). Stanowi ona boczne przedłużenie poprzedniej linii kierunkowej i tworzy linję pograniczną pomiędzy czwartym a piątym odcinkiem szyjowym.

Jak wiadomo, granica górna znieczulenia wskazuje na uszkodzenie najbliższego wyżej położonego odcinka rdzeniowego. Z tego założenia wychodząc, można by przypuszczać, iż zmiany w rdzeniu, spowodowane bezpośrednim uciskiem nowotworu na rdzeń, sięgały wysokości 4-go odcinka szyjowego. Jeżeli jednak

zwrócimy uwagę na tę okoliczność, iż w wielu przypadkach rdzeń po nad nowotworem bywa znacznie zmieniony (najczęściej wskutek obrzęku), że w niektórych przypadkach po nad nowo-

FIG. 1.

a) linja szyjowo-naramienna; b) linja szyjowo-kadłubowa.



Zmiany czucia (podług schematów E. Flataua).

tworem nagromadza się płyn rdzeniowy, dojdziemy do wniosku, iż czasami, dzięki zmianom w rdzeniu po nad nowotworem, określamy zbyt wysoko górną granicę nowotworu (jak się to zdarzyło w przypadku Nonne'go, w którym określono nowotwór w 7 i 8-m odcinku szyjowym, guz zaś stwierdzono w I i II odcinku grzbietowym). Przy określaniu umiejscowienia nowotworu w na-

szym przypadku winniśmy jeszcze przyjąć pod uwagę: 1) stwierdzone u chorej naszej zwężenie lewej szpary ocznej i lewej źrenicy, które wskazują według Bregmana (2) na porażenie 8-go korzenia szyjowego i I-go grzbietowego, według Brunsa (cyt. u Bregmana) na porażenie 7 i 8 szyjowego jakoteż I-go grzbietowego; 2) obszerne zaburzenia ruchowe, dotyczące kończyn górnych (porażenie m. m. dwójgłowego i trójgłowego ramienia, zginaczy i rozginaczy przedramienia, dłoni i palców, mięśni palucha i paluszka, międzykostnych), które również wskazują na uszkodzenie 7 i 8-go odcinków szyjowych. To też doszliśmy do wniosku, iż u chorej naszej nowotwór najprawdopodobniej uciskał na 7 i 8-y odcinki rdzeniowe.

Postanowiliśmy więc usunąć łuki 6 i 7-ego kręgu szyjowego i ewentualnie pierwszego grzbietowego, a nawet w razie potrzeby odrostki kręgowe wyżej lub niżej położonych kręgów.

Wiedzieliśmy, iż wycięcie większej liczby łuków kręgowych nie wpływa ujemnie na statykę kręgosłupa. Mieliśmy jednak pewne wątpliwości pod tym względem, gdyby wycięcie dotyczyć miało większej ilości łuków szyjowych, i dla tego odstąpiliśmy od zasady usunięcia najprzód łuku położonego tuż nad przypuszczalnie uszkodzonym odcinkiem rdzeniowym.

Laminektomji dokonał kol. Goldman 13 września.

O p i s o p e r a c j i (kol. Goldman): Stosując się do wskazówek Auerbach'a i Brodnitz'a ułożyłem chorą głową nadół, ustawiwszy stół pod kątem około 60^0. Cięcie skórne podłużne wzdłuż wyrostków kolczystych V, VI i VII szyjowych i I i II piersiowych kręgów; po przecięciu skóry i powięzi szybkiemi uderzeniami noża z obu stron wyrostków kolczystych przeciąłem wszystkie mięśnie aż do podstawy wyrostków. Nie tracąc czasu na chwytanie szczypczykami nieznacznie krwawiących naczyń, ułożyłem z obu stron wyrostków tampony z gazy jodoformowej, a na to mocne tępe haki i oddałem takowe do mocnego odciągania asystentowi. Na nieznacznej przestrzeni odłuszczyłem okostną na przebiegu łuków VI, VII szyjowego i I piersiowego kręgów i dłutkiem z obu stron przeciąłem łuk VII kręgu; mocnemi kleszczami ująłem wyrostek kolczysty i, odłuszczywszy z przedniej powierzchni okostnę, usunąłem tylną połowę kręgu— łuk. W ten sposób otworzyłem kanał rdzeniowy i, prowadząc w górę i w dół od tego miejsca szczypce Horsley'a, usunąłem łuki kręgów, o które mi chodziło, to jest VI szyjowego i I piersiowego.

Uprzystępniwszy sobie w ten sposób rdzeń, już gołem okiem mogłem stwierdzić wypukłość, zależną od znajdującego się w tem miejscu pod oponą guza. Podłużnem cięciem naciąłem oponę twardą i wyłuszczyłem guz w formie daktyla. Guz nie był zrośnięty z oponą twardą, której powierzchnia wewnętrzna miała wygląd normalny. Nowotwór był wtłoczony w tylną powierzchnię rdzenia przeważnie w prawą jego połowę. Powierzchnia rdzenia w miejscu nowotworu nie była gładka i wskazywała zabarwienie brunatne. Pomiędzy nowotworem a rdzeniem zrostów nie było. Z korzeniami nowotwór nie był zrośnięty i miejsce ich wyjścia z rdzenia było dokładnie widoczne jeszcze przed usunięciem nowotworu. Nowotwór był koloru ciemno fioletowego; długość jego wynosiła 2 cent., szerokość—jeden cent. i grubość $^3/_4$ cent.

Krwawienie tylko z nieznacznej gałązki naczyniowej, która przebiegała po przez guz pod oponą twardą. Płyn mózgowordzeniowy wydzielił się w ilości bardzo nieznacznej.

Oponę zeszyłem szwem ciągłym katgutowym, mięśnie szwem dwupiętrowym; szew skórny węzełkowy silkwormem; opaska uciskająca.

Uśpienie przez cały czas operacji spokojne — przy użyciu chloroformu, wstrzyknięcie środków podniecających zbyteczne.

Chora zmarła po 16 dniach.

Zważywszy, że miałem do czynienia z chorą w stanie najwyższego wycieńczenia, z odleżyną w okolicy krzyża wielkości 25 × 12 ctm., sięgającą aż do kości, i rozpoczynającą się odleżyną w okolicy wyrostków kolczystych kręgów grzbietowych, że chora względnie dobrze się czuła po operacji — przychodzę, zdaje się, nie bez zasady do wniosku, że zabieg operacyjny nie wpłynął niepomyślnie na przebieg cierpienia.

Operacja, którą kol. Goldman wykonał jednorazowo, w myśl zdania Küttner'a (18) Willms'a (19), Flataua (20) i innych, potwierdziła w zupełności zarówno rozpoznanie jak i umiejscowienie nowotworu, który całkowicie znajdował się w obrębie pola operacyjnego.

Usadowienie się nowotworu w stosunku do obwodu rdzenia wyjaśniło nam poniekąd brak bólów i objawów ze strony korzeni, ponieważ guz na korzenia nie uciskał i do nich nie dochodził. Również początkowe wystąpienie bezwładu połowiczego prawostronnego wraz z parestezjami znajduje wyjaśnienie w umiejscowieniu nowotworu przeważnie w prawej jego połowie. Natomiast całokształt objawów jako rezultat tego umiejscowienia wy-

maga pewnego omówienia, a to ze względu, iż nie wszystkie objawy znajdują w usadowieniu guza dostateczne wyjaśnienie. Mianowicie nie znajdują wytłomaczenia jednakowe obustronnie objawy zarówno pod względem porażeń jak i zaburzeń czuciowych wobec umiejscowienia nowotworu przeważnie w jednej połowie rdzenia. W analogicznym przypadku Flataua i Zylberlastówny (3) „wobec wybitnie połowiczego umiejscowienia dziwnym się wydawał brak wyraźnych objawów Brown Séquard'a przynajmniej w okresach początkowych cierpienia. Należy przypuszczać, sądzą autorzy, że nowotwór był zbyt miękki, aby mógł uszkodzić zaraz z początku lewą połowę rdzenia, z drugiej zaś strony rósł on prawdopodobnie dosyć szybko i powodował w całym przekroju rdzenia zaburzenia w krążeniu".

Na zasadzie takiegoż przypuszczenia wytłomaczyć musimy u naszej chorej objawy porażenia poprzecznego przy umiejscowieniu guza przeważnie w jednej połowie.

Czy w ten sam sposób można wytłomaczyć objawy ze strony lewej szpary ocznej i lewej źrenicy przy umiejscowieniu nowotworu głównie po stronie prawej, kwestja pozostaje otwartą.

Następnego dnia po dokonanej operacji stan chorej był względnie dobry: ciepłota spadła do 36,0, tętno i oddech były prawidłowe. Na prawej stopie odruch podeszwowy prawidłowy, na lewej objaw Babińskiego. Czucie na kończynach dolnych i tułowiu zniesione do poprzedniej wysokości; natomiast, na wewnętrznych powierzchniach ramion i górnej części przedramienia chora odróżnia uczucie dotyku od bólu. Mocz wypuszczano kateterem.

15 września. Samopoczucie chorej lepsze. C. 36,5°, tętno pełne.

16. Chora skarży się na utrudniony oddech, nie może odkalsnąć. Lewostronne zapalenie rogówki. C. 35,5°.

17. W nocy oddała mocz sama. Czuje się bardzo osłabioną. Dreszcze. C. 39,5°. Oddech utrudniony. W płucach zmian nie stwierdzono. Odruchy kolanowe bardzo słabe. Odruchy Achillesa żywe, objawu Babińskiego brak na lewej stopie. Odleżyny nie goją się zupełnie.

18—19. Stan gorszy, chora coraz więcej osłabiona. Na lewem oku k e r a t i t i s x e r o t i c a. C. 35,0°.

20. Zdjęcie opatrunku. Rana operacyjna zagojona per primam. Mocz oddaje pod siebie, jeżeli jej nie podają w porę naczynia.

21. Tętno dobre. Choraz więcej wycieńczona. Nietrzymanie moczu.
22. Chora skarży się na duszność i trudność w odkasływaniu. C. 37,0°.
23. Dreszcze. C. 39,2°. Utrudniony oddech. Odmawia przyjmowania pokarmów.
24. Dreszcze. C. 37,8°. Utrudniony oddech. Objawy ze strony lewego oka poprawiają się.
25. Chora skarży się na uczucie zimna. Dreszcze powtarzają się kilka razy dziennie.
26—28. C. 39,6°. Chora nie przyjmuje pokarmów. Duszność coraz większa, 24 oddechów na minutę. W płucach pojedyńcze rzężenia. Stan zły.
29. Wieczorem chora zmarła.
Sekcji zwłok zrobić nie dozwolono.

Badanie nowotworu wykazało po przecięciu, iż składa się on jakby z dwóch płatów, z których w większym widoczne są duże jamy, wypełnione krwią w stanie rozkładu. Na dnie jamy po usunięciu krwi znajdują się jakby otoczki, z których jedna przedstawia zgrubienie w kształcie sierpa o odmiennem zabarwieniu (żółtawem). Na przecięciu mniejszego płata niema skrzepów krwi i niema takiej ilości jam, jak w płacie większym, natomiast zabarwienie i konsystencja są takie same, jak w płacie większym. Po usunięciu z jam bezkształtnej masy nowotwór na wewnętrznej powierzchni robi wrażenie ciała jamistego. Ze względu na rozpadającą się konsystencję tkanki nowotworowej nie udało się otrzymać skrawków cieńszych jak 10 — 8μ. Badanie drobnowidzowe (kol. Krzyżanowska z Kochanówki) wykazało, co następuje: skrawki z obydwóch płatów przedstawiały pod drobnowidzem jeden i ten sam prawie obraz. Na przekroju miejscami widać dużo przestrzeni żylnych, wypełnionych krwią, jakoteż znaczną ilość przestrzeni pustych. Na innych zaś przekrojach nowotwór składa się z drobnych komórek typu tkanki łącznej, miejscami tworzących pasma, które ciągną się szeregami. Na przekrojach naczyń krwionośnych zauważyć można rozszerzenie ich światła. Zgrubienia ścianek nie widać.

Przypuszczalnie nowotwór przedstawiał połączenie naczyniaka jamistego z glejakiem (angioma cavernosum gliamatosum).

Brak poprawy w obrazie klinicznym po wyłuszczeniu nowotworu jakoteż niepomyślne zejście wymagają omówienia.

Nowotwór uciskający rdzeń zazwyczaj spłaszcza takowy i wyżłabia. Lecz ani wyżłobienie a tem mniej spłaszczenie rdzenia przez nowotwór nie wyłącza możliwości powrotu czynności rdzenia po usunięciu nowotworu nawet wtedy, gdy spłaszczenie doszło do stopnia znacznego. Możliwość powrotu do stanu dawnego w rdzeniu opieramy na tem, iż w miejscu ucisku, wywieranego przez nowotwór, zazwyczaj nie stwierdzano zwyrodnień wtórnych, natomiast znajdywano zachowane w zupełności komórki nerwowe.

Przypadki takie przytacza Flatau zarówno cudze jak i własne; chorzy przed operacją dotknięci bezwładem chodzili po operacji o własnej sile. Poprawa występuje czasami bardzo szybko po operacji, niekiedy zaś dopiero po paru tygodniach, poprzedzana nawet początkowym pogorszeniem.

W wyjątkowych przypadkach ucisk nowotworu przyczynia się do spowodowania w rdzeniu głębszych zmian (zniszczenie komórek nerwowych, rozmiękczenie istoty rdzenia), nie ulegających poprawie nawet po oswobodzeniu rdzenia od ucisku. W spostrz. XIII Flataua (2) stwierdzono na miejscu guza zamiast zwykłej figury przekroju jakąś chaotyczną mięszaninę istoty szarej z białą wraz z obfitymi krwotokami.

Prócz tego w rdzeniu powstać mogą podczas lub też po operacji krwotoki, które zwłaszcza wtedy niszczą istotę rdzenia, jeżeli w niej uprzednio występować zaczęło rozmiękczenie.

W myśl wywodów powyższych przypuszczać należy, iż u naszej chorej poprawa nie postępowała jedynie wskutek poprzedniego (przed operacją) zniszczenia znacznej części przekroju rdzenia; część rdzenia jednakże musiała pozostać niezniszczoną, czego dowodem służyć może ta nieznaczna poprawa, jaką u chorej naszej zaraz po operacji byliśmy w stanie stwierdzić, mianowicie: powrót czucia na kończynach górnych (na pewnej przestrzeni), dowolne oddawanie moczu i stolca i, być może, zniknięcie objawu Babińskiego, przed operacją u chorej stale występującego. Wyobrazić sobie bowiem łatwo, iż ocalała od zniszczenia istota rdzenia, wyswobodziwszy się z pod ucisku, zdradzała dążność do poprawy, gdy tymczasem zniszczona większa część już poprawie nie uległa.

Trudno przypuszczać, by krwotok był przyczyną następczego rozmiękczenia rdzenia. Gdyby bowiem do istoty rdzenia pod-

czas lub po operacji nastąpił krwotok, nie dostrzeglibyśmy tych nieznacznych śladów poprawy, które były po operacji stwierdzone i już do końca życia pozostały bez zmiany.

Lecz nietylko brak powrotu czynności rdzenia nie został należycie wyjaśniony, lecz i powód śmierci pozostał do pewnego stopnia ciemny. I w rzeczy samej, przyczyną śmierci nie mógł u chorej naszej być wstrząs mózgowy, który może nastąpić z powodu użycia podczas operacji dłuta, ponieważ śmierć występuje wtedy wkrótce po operacji przy innych zupełnie objawach. Również nie zauważyliśmy w przebiegu pooperacyjnym objawów ropnego zapalenia opon (meningitis purulenta), jednego z częstszych powodów śmierci po operacji wyłuszczenia nowotworu rdzenia. Natomiast chora nasza od 4-go dnia po operacji aż do końca życia, a więc w przeciągu dni dwunastu, narzekała na trudność w oddychaniu i niemożność odkasływania. Duszność i wycieńczenie wzmagały się z dniem każdym. Chora przestała przyjmować pokarmy i przy objawach zupełnego braku oddychania zmarła.

Jakim tedy warunkom niepomyślnym przypisać należy zejście śmiertelne? Ponieważ w płucach nie znaleźliśmy za życia chorej zmian, mogących tak silną duszność wytłomaczyć, przeto musieliśmy przyczyny dla tych objawów szukać gdzieindziej. Jak wiadomo, duszność i niemożność odkasływania mogą być spowodowane porażeniem mięśni oddechowych, które przy zajęciu szyjowej części rdzenia już było niejednokrotnie spostrzegane. Bregman wspomina (2) o osłabieniu mięśni oddechowych wskutek porażenia rdzeniowego (w części szyjowej). Również Schlesinger (21) do objawów ucisku szyjowej części rdzenia zalicza obustronne porażenie przepony brzusznej. Wreszcie Landau (22) spostrzegał zaburzenia oddechowe w przypadku nowotworu w części szyjowej rdzenia. — To porażenie mięśni oddechowych może samo przez się być przyczyną śmierci. W jednym z przypadków Saengera (10) śmierć nastąpiła przy objawach duszności trzeciego dnia po operacji.

Zaznaczyć winniśmy, iż śmierć po operacji w przypadkach guzów międzyoponowych (intradural) nie należy wogóle do rzadkości. We wszystkich trzech przypadkach Saenger'a zejście było niepomyślne. Zazwyczaj przy umiejscowieniu guzów w części szyjowej wynik operacji jest gorszy, aniżeli przy umiejscowieniu

w części grzbietowej. Bing i Bircher (24) mówią, iż niebezpieczeństwo życia po operacjach nowotworów rdzenia jest największe, gdy nowotwór jest umiejscowiony w części szyjowej; cyfra śmiertelności wynosi 40%.

Prócz powyżej przytoczonych przyczyn zejścia niepomyślnego nastąpić też ono mogło z powodu zbyt późno dokonanej operacji. Bardzo wielu autorów zwraca uwagę, by niezadługo zwlekać z zabiegiem chirurgicznym, gdyż operacja we wczesnych okresach (przed wystąpieniem odleżyn i inn. ob.) daje o wiele większą nadzieję powrotu do stanu normalnego. Oppenheim (24) przedstawił w Tow. Berl. ozdrowieńca, u którego w 12 dni po operacji znikły wszystkie objawy chorobowe. Tak szybkie wyzdrowienie, twierdzi Oppenheim, jeszcze nie było spostrzegane, a wytłomaczyć je prawdopodobnie można tą okolicznością, iż ucisk rdzenia trwał niedługo. Z przypadku tego Oppenheim wyprowadza wniosek, iż należy operować jak można najwcześniej. Rownież Nonne zaznacza, iż rokowanie zależy wyłącznie od wcześnie wykonanej operacji, z którą nie powinno się zwlekać. Według zdania Kochera, potwierdzonego na ostatnim Zjeździe neuropatologów i psychjatrów w Berlinie, złe wyniki operacyjnego leczenia nowotworów rdzenia objaśnić należy obok późnego rozpoznania niepotrzebnie stosowanem leczeniem przeciwkiłowem.

Ten błąd popełniliśmy i w naszym przypadku, tracąc wiele czasu na przeprowadzenie leczenia swoistego, które okazało się bezskutecznem, a może i nie wskazanem wobec nader szybkiego rozwoju sprawy chorobowej.

PIŚMIENNICTWO.*)

1. Pański. Przypadek rozsianego ostrego zapalenia rdzenia po zaczadzeniu, zakończony wyzdrowieniem. Księga Jubil. Dunina 1901 r.

2. Flatau. O nowotworach rdzenia. 1909 r.

*) Ponieważ piśmiennictwo, tyczące się nowotworów rdzenia i obejmujące prace, ogłoszone do 1909 r., zebrane zostało przez Flataua i dołą-

3. Bregman i Steinhaus. Przypadek lymfosarkomatu śródpiersia, przechodzącego do kanału kręgowego. Medycyna 25, 26, 27, 28 — 1902 r.

4. Bregman. Przyczynek do leczenia operacyjnego nowotworów rdzenia. Medycyna. 1905 r. N-r 23 — 27.

5. Beiley. Anesthesia and the lack of in the diagnosis of spinal cord tumors. Refer. w Neurol. Polsk. Tom I. Zesz. II. Str. 57.

6. Bornstein i Sterling. O kostniakach kręgosłupa. Neurologja Polska. Tom I. Zeszyt I i II.

7. Malaisé. Zur Differentialdiagnose der extra — und intramedullären Rückenmarktumoren. Deutsches Archiv f. Klin. Medicin 1904 B. I. str. 80.

8. Thomayer. Zur Diagnostik der Ruckenmarksgeschwülste. Ref. w Neur. Centralbl. 1908 r. N-r 2.

9. Flatau i Sterling. O nowotworach rdzenia. Medycyna 1905 r. N-r 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.

10. Nonne. Meine Erfahrungen über die Diagnose und operative Behandlung von Rückenmarkstumoren. Sitzungsbericht ref. w Neur. Centr. 1908 r. st. 749.

11. Saenger. Aerztlicher Verein zu Hamburg. Ref. Neurol. Centr 1908 r. st. 795.

14. Zylberlastówna. Dwa przypadki przypuszczalnego nowotworu rdzenia. Refer. z posiedzenia sekcji neur.-psych. w Warszawie. Neurologja Polska. Zesz. II.

13. Sterz. Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntniss der Rückenmarks — und Wirbeltumoren. Monatschr. f. Psych. 1906.

14. Nonne. Zwei Fälle von intramedullären ascendierenden Sarkom. Ref. w Neur. Centralb. 1909 r. Str. 417.

15. Oppenheim. Diagnose und Behandlung der Geschwülste innerhalb des Wirbelkanals. Ref. w Neur. Centr. 1909 r. Str. 1000.

16. Oppenheim. Zur Differentialdiagnose des extra und intramedullären Tumor medullae spinalis. Ref. w Archiv f. Psych. u Nervenkrankheiten Bd. 45. Heft II. Str. 770.

17. Flatau. Die motorische, sensible Reflexsegmentierung im Ruckenmark. Sonderabdruck aus Handbuch der Neurologie von M. Lewandowsky. 1910 r.

18. Küttner. Beiträge zur Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks. Berl. Kl. W. 1908.

19. Willms. Cyt. u Binga i Birchera. Münch. Mediz. Woch. 1909 str. 1493.

---

czone do jego monografji „o nowotworach rdzenia", przeto z piśmiennictwa przytaczam tylko te prace, z których obecnie korzystałem, jakoteż kilka prac, które później opuściły prasę.

20. Flatau i Zylberlastówna. Przyczynek do leczenia chirurgicznego nowotworów rdzenia. Medycyna N-r 26, 27, 28, 1908 r.

21. Schlesinger. Tumor mit Kompression des obersten Halsmarkes. Ref. w Neur. Centr. 1908 N-r 6.

22. Landau A. Tumor im Haltstheil des Wirbelkanals. Ref. w Neur. Centr. 1909 r. Str. 400.

23. Rub. Bing. u E. Bircher. Ein Extraduraler Tumor am Rückenmark. Ref. w Münch. Medizin. Wochens. 1909. Str. 1493.

24. Oppenheim. Krankenvorstellung. Berl. Gesel. ref. w Münch. Medicin. Woch. Str. 1306. 1909 r.

Ze szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych „Kochanówka“ pod Łodzią.

BADANIA INTELIGENCJI UMYSŁOWO-CHORYCH WEDŁUG SCHEMATU BERNSTEINA.

podał STEFAN KOPCIŃSKI.

(Dokończenie).

Dementia paranoides zasługuje na osobne omówienie ze względu na pewne cechy, które ją wyróżniają. Wszystkie zaburzenia znajdywałem tu w mniejszym stopniu z wyjątkiem zapamiętywania, które przeciwnie okazało się słabszem. Chorzy tej grupy nazywają przedmioty na obrazkach dobrze. — Przy pojmowaniu wykazują mniej cech właściwych otępieniu wczesnemu, natomiast więcej fantazji i symbolistyki. Jedna z chorych serję trzecią uważa za marzenia osoby nic nie posiadającej, która choć na obrazku planuje sobie swe własne mienie, ale odrazu chce mieć za dużo (treść serji stanowi wpadnięcie chłopca do studni i wyratowanie go przez sąsiadów; na obrazkach jest jednak chata, zabudowania gospodarskie, zwierzęta i ptastwo domowe). — Uogólniają wszyscy dobrze. — Przy składaniu rozciętych obrazków większość nie analizuje ich uprzednio, ale wykonywuje zadanie z powodzeniem i z niewielką ilością błędów w czasie składania; dwóch nawet składało po uprzedniem uświadomieniu sobie treści obrazka. — Nielogiczności spostrzegają, ale nie wszystkie; czasem tłomaczą je fantastycznie. — Zapamiętywanie w cyfrach przeciętnych: r = 4; f = 1,6 (fałszywie wskazane figury przeważnie podobne do rzeczywistych); S=5,6. — Reakcja ruchowa mniej zwolniona, niż w innych postaciach otępienia wczesnego; $9^1/_3$ sekundy przeciętnie na obliczenie 1 rzędu gwiazdek. — Muszę dodać, że w jednym przypadku mieliśmy do czynienia z małemi względnie uchybieniami od normy.

W padaczce (5 przypadków) zaburzenia okazały się b. poważnemi. Przy poznawaniu na obrazkach przedmiotów i pro-

stych czynności chorzy przeważnie używają określeń. Tak np., na strzelbę mówią — „do strzelania”, na arfę — „do grania”, na parasol — „to jest taki — kobiety mają — zapomniałem”, na wagę — „to jest takie... co się idzie do sklepu..... to waga taka jest”, na wieżę — „to jest taki zegar... co to taki kościół jest”. Zdarza się nawet, że zupełnie fałszywie nazywają przedmioty widziane na obrazku i fałszywie określają proste stany i czynności. — Przy oglądaniu serji obrazków chorzy ci przeważnie wyliczali jedynie szczegóły: nieraz wyrażali swoje wnioski o oddzielnych obrazkach lub ich częściach. Zrozumienie całej serji było rzadkością. Jedna z chorych, która względnie nieźle łączyła szczegóły serji w całość, odnosiła namalowane do własnego życia, jakby ono było skopiowaniem faktów, które przeżyła lub których była świadkiem. Było to na parę godzin przed zamroczeniem świadomości padaczkowem, połączonem z podnieceniem ruchowem. — Uogólniać chorzy omawiani nie potrafią. Układali rozcięte obrazki przynajmniej w części źle, nie analizując oczywiście uprzednio ich treści. Część chorych była zadowolona z wyniku składania, pomimo że był zły. — Nielogiczności prawie wcale nie rozróżniają. — Zapamiętywanie osłabione: r=5,5: f=2; między f mało podobnych do rzeczywistych; S = 7,5. Reakcja ruchowa zwolniona: przeciętnie 11,5 sekund na przeliczenie 1-go rzędu gwiazdek.

Dla ilustracji powyższego przytaczam protokół badania 25 letniego mężczyzny analfabety; napady padaczkowe zaczęły się u niego w 12-ym roku życia.

1. Postrzeganie i odpoznawanie.
   na strzelbę na obrazku mówi — „do strzelania”,
   na arfę — „do grania; jak się nazywa, nie wiem”,
   na słonia — „nie wiem”,
   na krowę — „nie wiem, pewnie taka krowa”,
   na łabędzia — „gęś czy bocian”,
   na nos — „ucho”,
   na śpiące dziecko — „umarłe dziecko”,
   na kąpiącego się chłopca — „nie mogę rozpoznać, komedjant jakiś”,
   na szyjącą dziewczynę — „śnieg leci”,
   na siejącego — „taki śnieg z góry na dół leci”.

Pewną ilość przedmiotów i prostych stanów i czynności nazywa dobrze.

2. Pojmowanie.

I serja: „Ten do ogrodu leci. Ten odrywa i leci. Ten gruszki zbiera. Ten wlazł do ogrodu. Ten go chce złapać za tyłek. Ten go już leje po tyłku. Zbiera gruszki, nie — chciał pozbierać".

Serja II-a: „Te zgrabiają tę słomę, te kobiety. Ta kobieta znowu trawę zabiera. Te młócą. Ten obrzyna trawę, a kobiety zbierają i w kupę kładą. Są takie — łapki leżą. Znowu beczkę zdejmuje".

3. Uogólnienie:

Tabl. I: „To ta ręka — nie?"

Tablica II: „Stół".

Tablica III. Pokazuje oddzielne przedmioty, ale ich nazwać nie umie. Nareszcie pokazuje kosę i mówi: „kosa sama pewno będzie".

Tablica IV. Nie uogólnia. Pokazuje niektóre oddzielne obrazki i nazywa je. Na kozę mówi — „krowa".

Tablica V. „To pewno będzie"—pokazuje na pawia. (A wszystko razem? pyta lekarz). „No to—tak".

Tablica VI. „Głowa — nie? No to to pewno będzie" — pokazuje na tułów.

4. Łączenie.

Obrazek 2-gi. Nie analizuje treści uprzednio. Kiedy mu się udało połączyć dwa kawałki, ucieszył się. Potem złożył drugą połówkę i czeka. Lekarz proponuje mu złożyć całość. Zestawia połówki odwrotnemi stronami; orjentuje się, że źle robi i poprawia zaraz.

Obrazek 3-ci. Złożył zupełnie źle i mówi: „majowe mieszkanie takie, pałac duży".

Obrazek 4-ty. Złożył zupełnie źle i mówi, że „to panna będzie".

Obrazek 5-ty. Zupełnie źle. Na pytanie co to jest, mówi: „dom pewno czy czółno".

Obrazek 6-ty. Zestawił co było bliżej jedno drugiego i mówi: „dziecko".

5. Krytyka.

Zupełnie nie spostrzega nielogiczności na obrazkach.

6. Skupienie uwagi.

Odejmowanie od 100 po 3: 97, 84, 79, 78, 75, 72, 69, 67, 65, 62, 59, 48, 45, 42, 39, 29, 25, 22, 19, 25, 22, 19, 15, 12, 9, 7, 6, 3.

7. Energja uwagi.

Wylicza w I-ym kwadracie 5 kulek; w II-im — 10; III — 16; IV — 19.

8. Zapamiętywanie.

Wylicza z rzędu 9 figur na dużej tablicy.

9. Kojarzenia.

Swobodne przy zamkniętych oczach: „panna młoda".

Wyliczanie czarnych przedmiotów: „panna czarna".
Białych: „cukierki białe".
10. Reakcja ruchowa:
15 sekund na wyliczenie I-go rzędu gwiazdek.

Tak było u większości. Z pośród padaczkowych wyróżnić jednak muszę jeden przypadek, gdzie wszystkie próby dały wynik dodatni w sensie zachowania inteligencji. Wynik ten odnosi się do chorej, mającej obecnie lat 37. Pierwsze napady drgawek wystąpiły w 15-tym roku życia; powtarzały się co 3—4 dni. W ostatnich latach ilość napadów się zmniejszyła, a zwłaszcza od chwili pobytu w szpitalu. Bywały u chorej często, obecnie zaś występują rzadziej, nastroje padaczkowe, kiedy robi się złośliwą, podejrzliwą i t. p. Nieumotywowane pretensje, pewna nieprzyzwoitość zachowania się w czasie takich nastrojów suggestjonowały nas, że mamy u chorej do czynienia ze średniej miary otępieniem umysłowem. Badanie przedmiotowe daje przeciwny wynik. Zdaje mi się słusznem wyżej wyłuszczone objawy zapisać na karb nastrojów u chorej.

W porażeniu postępującem (5 przypadków) zaburzenia okazały się jeszcze nieco może poważniejsze, niż w padaczce.—Chorzy nazywają przedmioty na obrazkach przeważnie dobrze, choć zdarzają się się określenia podobnie, jak w poprzedniej grupie; naprz. na armatę chory mówi: „to taka fuzja, co to nią strzelają na kołach"; na arfę — „to taki instrument do brzdąkania". Przy określaniu prostych czynności są częste uchybienia; przytem chorzy mówią o drobnych szczegółach. Przy opowiadaniu serji obrazków znów drobiazgowość w wyszukiwaniu szczegółów. Wniosków ogólnych — brak; czasami są poszczególne; często — proste wyliczenie przedmiotów. — Sami wcale nie uogólniają; udaje im się to niekiedy pod wpływem natarczywych nawoływań lekarza. — Układają rozcięte obrazki zupełnie źle; często nawet linie przecięć nie odpowiadają do siebie. Pomimo to zadowoleni są z wyników: „według mnie dobrze; nie wiem, jak według p. doktora" — mówi jeden z chorych. Do nielogiczności odnoszą się zupełnie bezkrytycznie; wierzą w to, co namalowane: „podkowę przybija krowie, bo jej odpadła".— Zapamiętywanie nie u wszystkich można było zbadać; jeden z chorych cieszył się, że mu pokazali taką ładną loteryjkę, i nie można się było z nim porozumieć; inny wyliczył wszystkie 25

figur odrazu. W jednym przypadku była ona 5/9 + 5 (w tych trzy podobne do rzeczywistych), w jednym chory nie zapamiętał ani jednej figury, w jednym — dwie, co do których nie jest jednak zupełnie pewny. — Reakcja ruchowa zwolniona — około 10 sekund na wyliczenie 1-go rzędu gwiazdek. Dodam, że badane przypadki nie należały do okresów dalego posuniętej choroby; jeden z nich był badany w miesiąc po wyraźnym wybuchu cierpienia, a jeden odnosił się do chorej, będącej we względnem zwolnieniu: chora pracuje, obsługuje paru oficjalistów zakładowych, i są oni z niej najzupełniej zadowoleni.

Odnośny protokół dotyczy 38 letniego mężczyzny, konduktora tramwajowego, który wykształcenie otrzymał elementarne. Pracować przestał chory na 3 miesiące przed badaniem, na 6 miesięcy — zauważono u niego zmianę w mowie; na 3 lata przed przybyciem do szpitala podlegał urazowi, po którym łatwo wpadał w stan wzruszenia.

1. Postrzeganie i odpoznawanie.

Na wiewiórkę na obrazku mówi: „to taki pojazd, takie rozczepienie, taki kotek",
na raka — „to taka gadzina",
na nos — „to jakby ucho — coś jakieś wyrasta",
na dziecko jedzące — „chłopiec coś bada, chce rysować",
na dziecko pijące — „chce trąbić".
na dziecko płaczące — „to się ładnie śmieje".
na pływającego — „do drabiny się drapie",
na siejącego — „polewa jakieś pole",
na śnieg padający — „to domek, a to zdaje sie ogród".

Większość jednak przedmiotów i prostych czynności i stanów na obrazkach nazywa dobrze.

2. Pojmowanie.

Serja I. „Ten przemyca się. Ten przez dziurkę chce przyłapać. A ten jakąś ma bombkę. A ten pcha, bo ten go popycha. A tutaj czegoś narwali, a tutaj trzyma go za tyłek (chory śmieje się) i chce go bić".

Serja II. „Ten orze, a ta sadzi kwiateczki, a ten cepy ma, a ten kosę ma, a ta sierp, a ten beczkę przewraca do czegoś i wylewa. Tu jakby coś robił, a ten ma kij, a ten stoi i patrzy na niego".

3. Uogólnienie.

Tablica I. „Obuwie — rozmaitości tu."
Tablica II. „Meble".
Tablica III. „To jest ogrodnicze".
Tabtica IV. „Zwierzyna".
Tablica V. „Ptastwo".

Tablica VI. Wylicza oddzielne, przedmioty, wszystko razem: „to takie rysunki, proszę pana”.

4. Łączenie.

Obrazek 2-gi. Złożył źle: każdą połowę dobrze; połówki zaś dostawił do siebie niewłaściwie. Mówi: „to jest jakaś posada, a to do stawiania”. Kiedy lekarz ułożył mu dobrze i pyta, czy tak nie lepiej, chory mówi: „i tak dobrze, w taki sposób może być i w taki też”. Potem tłomaczy się, że nie był mechanikiem i z takiemi rzeczami nie miał do czynienia.

Obrazek 3-ci. Po długiem, bardzo fantastycznem przekładaniu — złożył wreszcie dobrze. Mówi: „To jakieś to, a tu kwiaty”.

Obrazek 4-ty. Złożył dobrze. Mówi: „Jajka, a to (na podstawę) zegar czy coś takiego”.

Obrazek 5-ty. Składa nadzwyczajnie fantastycznie. Nie może dojść do końca.

Obrazek 6-ty. Składa źle; nie dochodzi do końca.

5. Krytyka.

Nielogiczności nie ocenia zupełnie.

6. Skupienie uwagi.

Odejmowanie od 100 po trzy: 87, 84, 81, 77, 74, 71, 69, 66, 63, 60, 57, 54, 51, 49, 46, 43, 40, 37, 34, 31, 29, 26, 23, 20, 17, 13, 10, 7, 4, 1.

7. Energja uwagi.

Wylicza kulek w I-ym kwadracie — 5, w II-im — 8, w III — 15, IV — 12, V — 32.

8. Zapamiętywanie.

Chory z początku oświadcza, że nie będzie mógł pokazać. Potem wskazuje z niepewnością 2 figury fałszywe i jedną prawdziwą. Wreszcie oświadcza, że nie zapamiętał, bo to zatrudno.

9. Kojarzenia.

Swobodne przy zamkniętych oczach: „nic”.

Wyliczanie czarnych przedmiotów: „nic nie pamiętam czarnego”; białych: „najwyżej kwiaty jakieś pamiętam”.

10. Reakcja ruchowa.

12 sekund na wyliczenie jednego rzędu gwiazdek.

Co do grupy głuptaków, to trudno mi dać jakieś uogólnienia. Stopień niedorozwoju różnił się bardzo, co badanie według schematu Bernsteina w zupełności wykazało.

Z innych postaci chorobowych badałem zaledwie po 1 — 2 przypadki — wobec czego żadnych zestawień zrobić nie mogę.

Tak się przedstawia materjał, zdobyty przezemnie przy badaniu umysłowo chorych według schematu i metod Bernsteina. Na początku zaznaczyłem, że chodziło mi jedynie o wyjaśnienie,

czy może nam ono dać odpowiedź na pytanie o stanie inteligencji chorych. Dlatego też przypadki były dobierane z rozmaitych grup chorobowych, a raczej mniej dobierane: o wyborze ich stanowiły moje czy kolegów wątpliwości, chęć określenia stanu chorego przy wypisywaniu i t. p. względy. Dlatego też od wydania jakiegokolwiek sądu o różnicach, któreby pozwoliły scharakteryzować tę lub inną jednostkę chorobową, muszę się powstrzymać. Różnice te niewątpliwie są, ale czy na nich można będzie opierać różniczkowanie chorób? Wyświetlą to oczywiście dalsze badania. Materjał, zebrany przezemnie, daje zgodne wyniki ze schematami, nakreślonymi przez Bernsteina dla wczesnego otępienia i manjakalno-depresyjnej psychozy. Różnią się one jednak co do porażenia postępującego. Choćby zaś tak szerokiego zastosowania metoda eksperymentalnego badania stanu inteligencji chorych mieć nie mogła, posiada ona dosyć dodatnich stron, by przy badaniach klinicznych była uwzględnianą i polecaną; nie upieram się przy schemacie Bernsteina, ale mówię o tym lub innym, według tych samych zasad ułożonym. Słusznie kładzie Bernstein nacisk w cytowanej powyżej pracy na dwie dodatnie jej strony: na znaczenie jej dla młodych badaczy, którzy nie mogą mieć jeszcze tego psychjatrycznego czucia, jakie daje doświadczenie, i na szybkość wyniku w porównaniu ze zwykłą obserwacją. Prócz tego należy podkreślić materjał, za pomocą którego badamy; badanie nie zależy od dowolnych pytań, uwarunkowanych zdolnościami i pewną dyspozycją do badania samego badającego, za każdym razem oczywiście innych, lecz daje choremu zawsze jednakowe zagadnienia. Z tego względu wyniki tą drogą zdobyte nadają się zupełnie do porównań (oczywiście przy uwzględnieniu stopnia wykształcenia chorych, warunków otoczenia za czasów zdrowia i t. p.).

Alzheimer zwraca uwagę na ogromną niedogodność w poszukiwaniach psychjatrycznych, a mianowicie: nasze historje chorób nie są ścisłą kopją objawów psychicznych u chorego, lecz właściwie już pewnymi sądami o nich badającego. Ścisłe protokółowanie odpowiedzi chorego przy badaniu metodami eksperymentalnemi daje materjał, który ma wartość nie tylko dla badającego w danej chwili, kiedy bada, lecz dla każdego, ktoby później chciał się w tym materjale rozejrzeć.

Powyższe dodatnie strony metody eksperymentalnej dadzą się oczywiście nakreślić apriorystycznie. Jakież mieliśmy wyniki, stosując ją przy badaniach klinicznych? Bez wątpienia wykrywała nam ona istnienie i stopień otępienia u naszych chorych albo przekonywała o jego braku. Ale te rzeczy można wykryć i bez specjalnej metody. Muszę na to odpowiedzieć, że w znakomitej liczbie przypadków badanie schematem Bernsteina robiło duże poprawki w uprzednich naszych zapatrywaniach na stan inteligencji chorego. Dla przykładu przytoczę tutaj pacjenta, który przybył do nas z powodu ostrego pomieszania omamowego na tle wyskokowem. W krótkim czasie wszystkie objawy psychopatyczne minęły i uważaliśmy chorego za zdrowego; pozostawał dalej w zakładzie w celu przyzwyczajenia go do abstynencji. Chory używał zupełnej swobody, jeździł do Łodzi, załatwiał swoje interesa z powodzeniem, w rozmowach z nami nie zdradzał śladu otępienia; — zwracał zaledwie uwagę pewien stopień apatji. Badanie według schematu Bernsteina zmieniło radykalnie nasz pogląd na chorego: wykazał on dosyć duże braki w inteligencji. To też przy wypisywaniu chorych obecnie staramy się nie pomijać badania inteligencji metodą eksperymentalną. Nie mija to bez wyników. Wyżej przytoczyłem dwa wątpliwe przypadki, z których jeden był rozpoznawany jako psychoza manjakalno-depresyjna, w drugim była dążność do rozpoznania otępienia wczesnego. Badanie omawianą metodą, jakkolwiek ostatecznie nie rozstrzygnęło rozpoznania, jednakowoż nasunęło poważne wątpliwości co do słusznosci dotychczasowego zapatrywania, zmusiło poniekąd do zważenia objawów w innym kierunku i rzuciło pytanie: otępienie wczesne czy otępienie po psychozie manjakalno depresyjnej. — Nie będę się rozwodził o pojedyńczych przypadkach ustalenia nienaruszoności inteligencji u dotkniętej padaczką, czegośmy nie podejrzewali, wprowadzeni w błąd nastrojami, o wykryciu poczynającego się padaczkowego zamroczenia świadomości i t. p. Wskazują one, że to, co zwykłe rozmowy i obserwacja nie dają, może nam dać ściślejsza metoda. Nie mogę jednak pominąć milczeniem wyświetlenia za pomocą omawianej metody stanu inteligencji grupy kiły mózgowia. Bredzenia, nieraz dość liczne i fantastyczne, konfabulacje — maskowały istotny jej stan. Postępowanie chorych

pod wpływem bredzeń również skłaniało raczej do przypuszczenia, że mamy do czynienia z otępieniem. Puszczone eksperymentalnie w ruch myślenie okazało się zdolnem do funkcjonowania w sposób zadawalniający. — Przeglądając następnie protokóły badań chorych, mogłem naszkicować pewną stopniowość w brakach inteligencji; nie mówię o wrażeniu, że w tych nielicznych przypadkach miałem do czynienia z nadzwyczajną różnopostaciowością otępienia nawet w granicach jednej i tej samej jednostki chorobowej. — Podkreślam, że liczba przypadków badanych była stosunkowo nie wielka, że nie były one dobierane celowo, że nareszcie przy pierwszych badaniach i samo badanie nie szło jeszcze należytym torem.

Oczywiście schemat Bernsteina posiada braki. Uwzględnia on przeważnie jako narzędzie badania materjał obrazkowy. Mówiłem wyżej, że u niektórych pacjentów, jak naprz. niewykształceni żydzi, materjałem tym operować nie można, gdyż nie przywykli oni orjentować się w obrazkach za czasów zdrowia. Bernstein mówi naprz. o metodzie Müllera, jako pomocniczej; zdaniem mojem, u analfabetów, a nawet u ludzi z elementarnem wykształceniem należy ją traktować, jako nieodzowną. Z drugiej strony, dla wykształconych pacjentów, którzy z powodzeniem odpowiedzieli na wymagania stosowanych metod, należałoby dodać jeszcze jedną z trudniejszych, czy to metodę tłomaczenia przysłów, czy odgadywania dowcipów, czy też metodę Heilbronnera. — Nadzwyczaj trudno oceniać ściśle wyniki badania uwagi według metody Bernsteina; dlatego też nie przytaczałem ich w swych zestawieniach, jako, zdaniem mojem, zbyt chaotycznych; nie przytacza ich również i Bernstein w swej powyżej cytowanej pracy. — Metoda badania kojarzeń, podana przez Bernsteina, nie daje żadnego prawie materjału, co zresztą on sam przewidywał, z góry uprzedzając o jej niedoskonałości.— W zastosowaniu na miejscu omawianego schematu napotkałem również na pewne niedogodności. Nie mogąc znaleźć w piśmiennictwie polskiem odpowiednich książeczek obrazkowych, musiałem się posługiwać niemieckiemi wydawnictwami Füssli i rosyjskiemi Michiejewa. Treść obrazków często może być fałszywie komentowana, zdarzają się w nich bowiem szczegóły, zupełnie obce dla naszej ludności. Spolszczenie, jeżeli się tak wyrazić można, metod obrazkowych jest konieczne.

Rzecz jednak nie w brakach, nawet nie w danym schemacie. Schemat można zmieniać, można udoskonalać, zapełniać jego braki, usuwać niedogodności, można tworzyć swój. Chodzi o ten kierunek, który wskazuje swym schematem Bernstein. Połączenie metod eksperymentalnego badania różnych czynności myślowych dla możliwie wszechstronnego ich zbadania, oczywiście w klinicznem znaczeniu, zdaje mi się być zasługującem na uwagę; daje on badającemu narzędzie do względnie przedmiotowego, szybkiego zdobycia materjału, rzucającego światło na stan inteligencji pacjenta, materjału przytem nadającego się do porównań.

Dodam jeszcze, że jedno badanie zajmowało mi od godziny do półtorej czasu. Chorzy chętnie mu się poddawali, a nawet niektórzy z zadowoleniem. Protesty bywały czasem przy prostszych obrazkach: pacjenci obrażali się z powodu łatwości zadań— z biegiem badania jednak ustępowały zainteresowaniu.

Korzystam ze sposobności, by złożyć serdeczne podziękowanie lekarzowi naczelnemu szpitala D-rowi Chodźce za życzliwą pomoc w tej pracy.

PIŚMIENNICTWO.

1. A. Bernstein. Eksperimentalno-psichołogiczeskaja mietodika rozpoznawanja dusziewnych boleźniej. Sowriemiennaja psichiatria. Tom I r. 1907 str. 289.

2. Ten że. Eksperimentalno-psichołogiczeskija schiemy intellektualnych rozstrojstw pri dusziewnych boliezniach. Sowriemiennaja psichiatria. Tom II r. 1908 str. 193 i 241.

3. A. Alzheimer. Die diagnostischen Schwierigkeiten in der Psychiatrie. — Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. I Band I Heft.

4. Th. Ziehen. Ueber die Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung.

5. M. Köppen und A. Kutzinski. Systematische Beobachtungen über die Wiedergabe kleiner Erzählungen durch Geisteskranke.

6. Henneberg. Referat über eine Bilderprüf.-Metode. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 64.

7. K. Heilbronner. Zur klinisch-psychologischen Untersuchungstechnik. — Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. B. XVII Heft 2. Februar 1905.

8. Becker. Zu den Methoden der Intelligenzprüfung. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. B. I. Heft 1.

9. A. Mikulski. Metody badania inteligencji w psychjatrji. Rocznik lekarski, wydawany przez wydział lekarski uniwersytetu Jagiellońskiego i Towarzystwo lekarskie. Tom. II zesz. I.

STRESZCZENIA.

PIŚMIENNICTWO POLSKIE.

S. ROTTERMUND. O stosowaniu bromku żelaza w leczeniu padaczki samoistnej.

Autor omawia b. dobre wyniki, jakie otrzymał w 9 przypadkach (z tych 5 spostrzeganych przez czas dłuższy) leczenia padaczki epilepticonem d-ra Weila, w skład którego wchodzi bromek żelaza w stosunku 84%, hemoglobina — 10%, acidalbumina — 2% i goryczki roślinne sproszkowane — 4%.

D.

(Medycyna i Kron. Lek. 1910 N-r 28).

Z. MESSING. Przypadek syringomyelji.

Praca zawiera opis zmian anatomo-patologicznych w rdzeniu w przypadku, który za życia nie przedstawiał zaburzeń wybitniejszych ze strony układu nerwowego. Badanie drobnowidzowe wykazało istnienie typowej syringomyelji na tle gliozy w części szyjowej i górnej grzbietowej rdzenia. Przypadek ten, zdaniem autora, wskazuje na to, iż syringomyelja rozwija się bardzo powoli i że początek jej właściwy — anatomiczny wyprzedzać może daleko początek kliniczny.

D.

(Medyc. i Kron. Lek. 1910 N-r 29).

M. HALPERN. O przemianie materji w myastenji.

Autor przeprowadził szereg badań nad przemianą materji, w jednym przypadku myastenji. W przypadku tym autor nie był w stanie stwierdzić żadnych uchyleń od normy pod względem zachowania się azotu, chlorku i fosforu, jakoteż amoniaku, natomiast dostrzegł stałe i wyraźne zatrzymywanie wapnia w ustroju. Na fakt ten ostatni zwraca uwagę autor; opierając się na nim, jak również i na danych, wykazujących, iż na zachowanie się wapnia w ustroju wywierają wpływ wybitny gruczoły przytarczycowe, skłania się ku przypuszczeniu, wypowiedzianemu przez Lundborg'a i Chvostek'a, iż w powstawaniu myastenji wybitną rolę odgrywają gruczoły przytarczycowe.

D.

(Medycyna i Kron. Lek. 1910 N-r 40 i 42).

PIŚMIENNICTWO OBCE.

REVUE NEUROLOGIQUE 1910.

N-r 17. PARHON. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la migraine.

Autor podaje przegląd spółczesnych poglądów na migrenę i przychyla się do zdania, że jest to cierpienie, polegające na zaburzeniu czynności gruczołów o wydzielinie wewnętrznej, w pierwszej linji na niedostatecznej działalności gruczołu tarczowego. Za tem przemawia pomyślne leczenie migreny (w 2-ch przypadkach autora) tyreoidyną, ustępowanie migreny wraz z rozwojem choroby Basedowa, występowanie migreny po wycięciu gruczołu tarczowego, współrzędność istnienia migreny z pokrzywką, w których to obu cierpieniach chodzi o zaburzenia w przyswajaniu i wydzielaniu przez ustrój soli arszenikowych i wapiennych. Częste występowanie migreny na początku miesiączkowania autor tłomaczy wydzielaniem się arszeniku we krwi podczas miesiączki. Teorję mechaniczną migreny (powiększanie się przysadki mózgu) autor ocenia sceptycznie, aczkolwiek zaznacza, że nie można wyłączyć wpływu zmian, zachodzących w tarczycy i w jajnikach, na przysadkę mózgu.

JAWORSKI. Influence du traitement mercuriel sur la composition du liquide céphalo-rachidien dans les maladies du système nerveux de nature syphilitique ou parasyphilitique.

W dwóch przypadkach przymiotu mózgowo-rdzeniowego i w 5 na 6 przypadków wiądu rdzenia skład morologiczny płynu mózgowo-rdzeniowego uległ wybitnym zmianom: natężenie odczynu na globulinę zmniejszyło się,—liczba limfocytów znacznie się zmniejszyła, zwłaszcza liczba komórek wielojądrowych. Prawdopodobnie więc rteć działa na opony rdzenia, zmniejszając natężenie ich stanu zapalnego.

N-r 18. LÉPINE. Folies periodiques et anaphylaxie cérébrale.

Autor polemizuje z Kraepelinem, który uważa okresowość za najbardziej znamienną cechę psychoz manjakalno-depresyjnych i twierdzi, że podobny chory rodzi się lub nabywa usposobienie do zaburzeń umysłowych, okresowość zaś zależy w znacznej mierze od zmian w stanie organicznym mózgu. Wpływając na lepsze odżywianie ustroju wogóle a mózgu w szczególności możemy nawrotom tych psychoz zapobiedz.

GORDON. Troubles des sensations superficielles dans leurs rapports avec l'astéréognosie et l'asymbolie.

Autor opisuje trzy przypadki (dwa z ogniskami rozmiękczenia w mózgu, jeden przypadek wiądu rdzenia) z zaburzeniami w rozpoznawaniu formy i natury przedmiotów (astereognozją i asymbolją) i przychodzi do wniosku, że są to czynności wyższe, których zaburzenia wcale nie idą równolegle z zaburzeniami w czuciach bardziej pierwotnych, jak dotyk, ucisk, wibracja, czucie położenia i t. p., a mianowicie: czucie stereognostyczne (rozpoznawanie formy przedmiotów) może pozostać niezmienionem pomimo pewnych zaburzeń w czuciach pierwotnych, z drugiej zaś strony asymbolja (utrata zdolności rozpoznawania natury przedmiotu i nazywania go) może istnieć pomimo braku zaburzeń w czuciach pierwotnych. Ogólny wniosek: asymbolja nie znajduje się w w ścisłej zależności od astereognozji.

N-r 19. HORAND. Lésions du sympathique cervical dans le goitre exophtalmique.

Autor opisuje zmiany makro-i mikroskopowe w nerwie współczulnym szyjnym w przypadku choroby Gravesa. Makroskopowo: prawy nerw współczulny szyjny wybitnie zgrubiały, twardy, o wyglądzie białawym, gdy tymczasem ten sam nerw w stanie prawidłowym jest miękki, szarawy. Mikroskopowo zwój współczulny szyjny górny przedstawia uderzające zmiany: komórek nerwowych w nim znacznie mniej, jądra niektórych z nich w stanie karjolizy, w wielu miejscach widać bujanie tkanki łącznej.

N-r 20. PIÉRON. La notion d'exagération du réflexe patellaire et la réflexométrie.

Autor opisuje przyrząd własnego pomysłu do badania natężenia podrażnienia w odruchach i natężenia oddziaływania. Autor, przeprowadzając poszukiwania głównie nad odruchem rzepkowym, bada próg odruchu (minimalne podrażnienie, wywołujące odruch), wielkość kąta odruchowego przy różnych podrażnieniach, szybkość w zmianie ułożenia kończyny i t. p. Najważniejsze wnioski autora są następujące: odruch zwłaszcza wtedy bywa żywy, kiedy napięcie mięśni przeciwniczych jest słabe, rozmiary odruchu wtedy są wybitne, kiedy występowanie skurczu mięśni przeciwniczych się opóźnia; może on być jednocześnie bardzo żywy i bardzo krótki, albo bardzo obszerny i jednocześnie bardzo powolny, przy dłużej utajonym jednak skurczu m. przeciwniczych kąt odruchowy będzie tym większy, im żywszy będzie sam odruch.

St. Kopczyński.

L'ENCÉPHALE 1910. N-r 3.

J. LHERMITTE et A. GUCCIONE. De quelques symptomes et lésions rares dans la sclérose en plaques.

W pierwszej części pracy swojej autorzy nawiązują do obserwowanego przypadku stwardnienia wieloogniskowego z objawami psychicznymi oraz płaczem i śmiechem spazmatycznym kwestję powstawania objawów tej kategorji a raczej ich umiejscowienia anatomicznego. Przypadek autorów, dość zresztą typowy, nie pozostawiający w każdym razie żadnej wątpliwości co do rozpoznania, zakończył się śmiertelnie. Sekcja wykazała liczne ogniska stwardnienia, rozsiane po całym układzie nerwowym, zwłaszcza w mózgu, gdzie usadowiły się w liczbie pokaźnej w białej istocie obu półkul oraz w jądrach szarych, otaczając cały róg tylny lewej komory. Pozatem, wykryto dwa ogniska rozmiękczenia, z których jedno zajmowało otoczkę (putamen), zaś drugie wywołało zniszczenie części przedniej lewego jądra ogoniastego (nucleus caudatus). Były to typowe ogniska rozmiękczenia bez śladu stanu zapalnego dookoła.

Autorzy przytaczają całe piśmiennictwo, dotyczące objawów psychicznych w stwardnieniu wieloogniskowem i wyprowadzają wniosek, że zdarzać się mogą w tej chorobie (zwłaszcza w początkach) urojenia wielkości oraz prześladowcze, również i omamy; w okresach późniejszych choroby urojenia i omamy ustępują przeważnie miejsca stanom otępienia intelektualnego, które jednak nie dosięga zwykle stopnia istotnego otępienia, ale daje najczęściej obraz swoisty, t. zw. puérilisme mental (zdziecinniałość). Te objawy zależne są od umiejscowienia ognisk stwardnienia w istocie białej mózgu (centrum ovale, corpus callosum, włókna kojarzeniowe i projekcyjne), jako też w samych komórkach kory mózgowej.

Płacz i śmiech spazmatyczny (natrętny) nie mają właściwie nic wspólnego z zaburzeniami psychicznemi, powstają natomiast w sposób automatyczny na skutek zajęcia przez sprawę patologiczną szarych jąder mózgowych, które od czasu eksperymentalnych prac Bechterewa uważane są za ośrodki ruchów mimicznych, zaś anatomja patologiczna wykryła schorzenie tych jąder w porażeniu wrzekomo-opuszkowem, dla którego ów płacz i śmiech przymusowy uważane są za typowe. Objaw ten w przypadku autorów wiązać należy, zdaniem ich, z ogniskami rozmiękczenia w jądrze ogoniastem i w otoczce (putamen).

Druga część pracy poświęcona jest opisowi zmian anatomo-patologicznych, rzadko napotykanych w stwardnieniu wieloogniskowem w korze i wyściółce mózgowej. Ogniska korowe były względnie dość liczne i stanowiły jakby przedłużenie podkoro-

wych, co według autorów jest prawdopodobnie najczęstsze. W obrębie ognisk stwardnienia otoczka miękka mózgu nie wykazywała zmian. Ogniska różniły się między sobą co do zachowania się włókienek osiowych. W niektórych ogniskach włókienka osiowe, barwione metodą Bielschowsky'ego, były doskonale zachowane, pozbawione jedynie otoczki rdzennej; w innych liczniejszych włókienka osiowe uległy zmianom najróżnorodniejszym od równomiernego zgrubienia począwszy, poprzez tworzenie się wakuol w przebiegu, aż do ścieńczenia i zupełnego rozpadu. Zmiany te ilustrują doskonałe rysunki.

Komórki również wykazywały zmiany zarówno co do liczby, wielkości i konturów, jak i co do cytoplazmy i siateczki włókienkowej (metody Nissl'a i Bielschowsky'ego). — W obrębie zmian, które dotknęły włókienka osiowe oraz komórki, neuroglja wykazywała również widoczne bujanie, które jednak różniło się co do charakteru swego od bujania gleju w okolicach ognisk mózgowo-rdzeniowych: bujanie dotyczyło nie włókien, ale komórek Deiters'a; dla wykazania tego faktu konieczne jest stosowanie metody Weigert'a i Lhermitte'a do barwienia gleju. Pozatem autorzy spostrzegali również powiększenie liczby komórek okrągłych gleju oraz znane obrazy t. zw. neuronophagji. W przestrzeniach limfatycznych naczyń krwionośnych kory mózgowej w obrębie ognisk świeżych spostrzegali autorzy limfocyty i komórki plazmatyczne.

Co się tyczy zmian w komorach mózgowych i dokoła tych że komór (lésions épendymaires et périépendymaires), to autorzy stwierdzili zmiany następujące. W okolicy lewej komory (jej rogu tylnego) między korą a wyściółką komory istniało rozlane bujanie włókien gleju, zaś wyściółka okazała się zupełnie normalną. Natomiast w obrębie komory czwartej (wodociągu Sylwjusza) po za stwardnieniem glejowatem dookoła komory stwierdzono wybitne zmiany w samej wyściółce komorowej.

W końcu pracy autorzy wypowiadają swoje zdanie co do patogenezy stwardnienia wieloogniskowego. Sądzą oni, że stwardnienie wieloogniskowe należy uważać za sprawę toksyczno-zakaźną, która dotknąć może cały bez wyjątku układ nerwowy i wykazuje dość wyraźne podobieństwo do innych spraw zapalno-destrukcyjnych mózgowia, jak np. bezwładu postępującego. Ten fakt, że w niektórych ogniskach stwardnienia nie stwierdza się zmian w naczyniach krwionośnych, dowodzi tylko, zdaniem autorów, że dla układu nerwowego istnieją dwie drogi zakażenia: jedna, najczęstsza, przez naczynia krwionośne, zaś druga — przez płyn mózgowo-rdzeniowy.

MAILLARD, LYON-CAEN, MOYRAND, Syndrome de Brown-Séquard avec dissociation syringomyéli-

que de la sensibilité et diminution des reflexes du coté paralysé. Hémisection incomplête de la moëlle, constatée à l'autopsie.

38-letnia kobieta otrzymała ranę ciętą w prawą stronę szyi, co spowodowało prawostronne porażenie obu kończyn ze znacznem osłabieniem odruchów ścięgnowych, nadczułością bolesną i osłabieniem czucia wibracyjnego, po stronie lewej zaś znieczulenie bólowe i cieplikowe dochodzące do linji poziomej, przeprowadzonej po środku między obojczykiem i sutką, bez zmian w czuciu dotykowem (rozszczepienie czucia). Pozatem stwierdzono zwężenie prawej szpary ocznej i zwężenie źrenicy prawej. W 10 dni po wypadku nastąpiła śmierć. Sekcja wykazała co następuje. Rdzeń okazał się uszkodzonym tuż pod 3-im korzeniem szyjnym po stronie prawej: uszkodzenie to miało charakter rozdarcia rdzenia w kierunku poprzecznym ku przodowi i sięgającego prawie do linji środkowej; od tyłu granicę uszkodzenia stanowi mniej więcej środek słupa bocznego, w pobliżu wyjścia włókien n. dodatkowego rdzeniowego, które pozostały nietkniętemi. Przy badaniu drobnowidzowem okazało się, że miejsce uszkodzenia obejmuje prawie cały słup przedni prawy, słup boczny (więcej niż połowę przednią), cały róg przedni i środkową część istoty szarej, tak że przechodzi nieco na drugą połowę, wreszcie całą przednią część obu słupów tylnych. Bliższe badanie skrawków rdzenia, najbardziej zbliżonych do uszkodzenia, wykazało znaczne zmiany histopatologiczne zarówno w komórkach rogu przedniego (zmiana kształtu, ekscentryczne położenie jądra, chromatolyza), jak i we włóknach słupa przedniego i prawie całego bocznego (zgrubienie, zniekształcenie, wreszcie zanik włókien). Pozatem stwierdzono reakcyjne bujanie gleju. Na skrawkach rdzeniowych tuż nad i pod uszkodzeniem wykryto po stronie uszkodzenia liczne ogniska krwotoczne, gdzie naczynia były rozszerzone, ścianki ich były zgrubiałe i nacieczone komórkami okrągłemi, z których część miała wyraźny charakter komórek plazmatycznych, zgrupowanych w gniazdku; takich komórek nie znaleziono ani w otoczkach naczyń, ani wewnątrz ich pośród elementów krwi.

Autorzy sądzą, że ten obraz anatomopatologiczny odpowiada zapaleniu rdzenia pochodzenia urazowego i podkreślają fakt wykrycia komórek plazmatycznych, które, według autorów francuskich (Klippel, Lhermitte, Pierre Weil), mają być uważane jedynie jako wyraz specjalnej reakcji tkanki na rozmaite czynniki patogenetyczne, a nie posiadają przypisywanej im przez niemieckich autorów (Alzheimer, Nissl) specyficzności. Ze stanowiska fizjologji układu nerwowego przypadek ten, jako experimentum in vivo, stwierdza fakt istnienia specjalnych włókien dla przewodnictwa bólu i czucia cieplikowego, zupełnie niezależnych w przebiegu swym od włókien dla czucia dotykowego. Czucie było

w danym przypadku rozszczepione na wzór tego, co widujemy w syringomyelji, ponieważ uszkodzenie rdzenia dotknęło prawie wyłącznie słupy przednio-boczne wraz z istotą szarą, a pozostawiło nietkniętymi słupy tylne.

Co się tyczy sfery ruchowej i odruchowej, to zupełne porażenie połowicze w danym przypadku wraz z osłabieniem odruchów ścięgnowych mimo nieznacznego bardzo uszkodzenia jedynie $^1/_5$ przedniej części szlaka piramidowego, autorzy objaśniają wstrząsem urazowym (choc traumatique).

M. Bornstein.

THE JOURNAL OF NERV. AND MENTAL DISEASE. 1910.

N-r 5. CH. MILLS. The sensory functions attributed to the seventh nerve.

W obszernej pracy, opartej na bogatem doświadczeniu klinicznem, autor stara się wyjaśnić właściwą rolę VII pary nerwów czaszkowych i przychodzi do wniosku, że, wyłączywszy nerw Wrisberg'a, zwój kolankowy i strunę bębenkową, uważać należy nerw twarzowy za nerw jedynie ruchowy. Czuciowe a raczej smakowe zakończenia nerwu twarzowego zależą od zwoju kolankowatego; znajdują się one w podniebieniu miękkim i w przednich dwóch trzecich częściach języka (z wyjątkiem jego koniuszka). Czy włókna czuciowe, biegnące do tego zwoju, posiadają oprócz włókien swoistych (włókien smakowych) jeszcze i inne czuciowe, nie jest dostatecznie wyjaśnione; zdaje się jednak, iż przednia część języka oraz bardzo wąski pasek skóry na uchu otrzymują włókna dotykowe od nerwu twarzowego.

Sprawy chorobowe nerwu twarzowego nie wpływają na odżywianie skóry i błon śluzowych, przeto wszelkie wyrzuty na twarzy i błonach (opryszczki) muszą zależeć od towarzyszącego cierpienia innych nerwów i zwojów. Niezmiernie rzadkie zapalenie zwoju kolankowatego daje zespół objawów, polegający na: utracie lub wadliwem odczuwaniu smaku oraz na zaburzeniach w dziedzinie naczyniowo-ruchowej i w dziedzinie wydzielania śliny.

E. JONES. The psycho-analytic method of treatment.

Autor daje pobieżny rzut oka na psychoanalityczną metodę badania oraz na teoretyczne jej podstawy. Tak zw. kompleks (zespół) objaśnia autor w sposób następujacy: uczucie, myśl lub pragnienie nie przetrawione przez świadomość, lecz wyparte do dziedziny podświadomej zdobywa sobie istnienie niezależne, nie podlega kontroli osobnika i wywołuje w duszy jego szereg starć.

Następnie autor podkreśla strony ważne dla lekarza-praktyka: aby wykryć kompleks, należy przedewszystkiem 1) poznać życie pacjenta z jego własnego opowiadania, następnie 2) przerobić z nim szereg wolnych kojarzeń według metody Jung'a, zwracając przytem uwagę na następujące punkty: a) jak szybko następuje kojarzenie, b) brak kojarzenia, c) zamiast kojarzenia osobnik powtarza dane słowo, d) perseweruje kojarzenie poprzednie, e) kojarzy powierzchownie dźwiękowo, f) kojarzenie jest niezwykłe, g) przy powtórzeniu kojarzeń chory daje odpowiedzi różne od pierwszych. Posiłkując się temi wskazówkami udaje się wykryć kompleks. Wreszcie przechodzi się do właściwej analizy: badany, mając oczy zamknięte, powinien „swobodnie kojarzyć" t. j. mówić co mu przyjdzie do głowy. Powinien on puścić możliwie swobodnie cugle swym myślom, aby nie krępował ich krytycyzmem i nie wybierał zpośród nich myśli „odpowiedniejszych". Jest to najtrudniejsze zadanie, ten sam bowiem kontrolujący pierwiastek, który zepchnął kompleks do dziedziny podświadomej i obecnie sprzeciwia się wydostaniu go na powierzchnię, stanowi to, co się nazywa „indywidualną odpornością" danego osobnika.

Z chwilą, gdy badającemu uda się kompleks na światło wydobyć, traci ten ostatni swą rolę chorobotwórczą.

N-r 6. M. PRINCE. Cerebral localization from the point of view of function and symptoms.

Różnie można rozpatrywać ośrodki mózgowe: 1) jako obręby, w których mieszczą się określone zdolności lub czynności duchowe; 2) jako obręby, których zniszczenie wywoła pewne objawy chorobowe w duchowem życiu człowieka, lub wreszcie 3) jako obręby, do których zmierzają włókna, biorące udział w tej lub innej czynności.

Autor jest zdania, że nauka o ośrodkach, mieszczących w sobie czynności, jest w obecnej chwili poważnie zachwiana. Loeb, opierając się na doświadczeniach czynionych na korze mózgowej zwierząt, wyraził się, iż: „ośrodki są to obręby anatomiczne, w których zbiegają się włókna, nie obejmują zaś psychicznych zdolności". Przy zniszczeniu ograniczonej cząstki kory mózgowej występuje zniesienie czynności na skutek czy to wstrząśnienia, czy zahamowania, czy przerwania łączności z anatomicznie zrzeszonymi obrębami mózgu. To jest punkt wyjścia autora w jego obszernej pracy i do niego również powraca po przejrzeniu całego obszernego piśmiennictwa, dotyczącego tej sprawy. Nie jest to już zdanie Loeb'a, lecz teorja Monakow'a o rozłączeniu (diaschysis). Monakow twierdzi, iż na skutek zniszczenia jakiegoś ośrodka zjawia się szereg objawów, z których większość znika z czasem i pozostaje jakiś jeden stały i trwały.

Te stałe i trwałe objawy określają czynność danego ośrodka, muszą więc występować zawsze po jego zniszczeniu. Takich objawów jest bardzo niewiele. Do nich zalicza Monakow bezład połowiczy, występujący po uszkodzeniu zwoju środkowego przedniego, astereognozję, występującą po uszkodzeniu zwoju środkowego tylnego, hemianopsję — w zależności od zwojów wzrokowych i inne.

Objawy, ustępujące po pewnym czasie, są według niego wywołane przez rozłączenie (diaschysis) rozmaitych okolic ustroju nerwowego. Monakow idzie tak daleko, iż twierdzi, że połowiczy bezład wiotki z zupełnem znieczuleniem połowiczem jest wynikiem rozłączenia nie zaś objawem stałym i nie zależy od zniszczenia ośrodków mózgowych lecz od okolic podkorowych (wzgórków wzrokowych, rdzenia przedłużonego, rdzenia kręgowego).

Dotychczasowa nauka o ośrodkach mózgowych jest niedostateczna. Wskazuje na to chociażby badanie Moutier'a: na 103 przypadki, w których szczegółowo badano ośrodek Broca, tylko w 19 znaleziono zgodność pomiędzy istniejącą teorją afazji ruchowej korowej a wynikami anatomo-patologicznymi. W 27 przypadkach — trzeci zakręt czołowy po stronie lewej był zniszczony, afazji zaś nie było, i odwrotnie w 57 przypadkach istniała afazja ruchowa, ośrodek zaś był nietknięty.

Nawet Dejerine wyraził się, iż: „jakikolwiek ośrodek mowy ucierpi, klinicznie możemy otrzymać wszystkie rodzaje afazji".

Przykład afazji ruchowej autor podaje jedynie, aby zachwiać naukę o ośrodkach, to samo według niego można by przytoczyć dla obalenia teorji o innych ośrodkach mózgowych.

Zylberlastówna.

BRITISH MEDICAL JOURNAL 1910. (2-ie półrocze).

Lipiec, sierpień, wrzesień.

N-r 2586, 23.VII. F. H. PEARCE, B. RANKINE and A. W. ORMOND. Notes on twenty light cases of mongolian imbeciles.

Autorzy podają w krótkości najważniejsze objawy w mongolizmie z obserwacji 28 przypadków tego cierpienia w Earlswood Asylum. Najmłodszy z pośród chorych miał 5 lat, najstarszy 43; chorzy tego rodzaju umierają jednak wcześnie, tak iż przeciętny wiek dla chłopców wynosi 14 lat i 7 mies., dla dziewczyn 14 lat i 6 mies.; przyczyną śmierci jest prawie zawsze gruźlica. Pod względem umysłowym stoją oni na najniższym stopniu rozwoju, są obojętni; prawie niczego nie można ich nauczyć; niektórzy

jednak z pośród nich mają zdolności do muzyki. Pod względem fizycznym występują tu typowe dla tego cierpienia cechy charakterystyczne: nizki wzrost, głowa krótka, uwłosienie skąpe; twarz okrągła, dolna warga zazwyczaj wystająca i opuszczona, usta często na pół otwarte, nos krótki, spłaszczony; dłonie krótkie, prawie kwadratowej formy; duży palec u stóp prawie zawsze daleko odstaje od pozostałych. Mowa zazwyczaj niewyraźna, wielu spółgłosek chorzy nie wymawiają; zęby są źle ustawione i wypadają bardzo wcześnie. Bardzo częste zmiany autorzy spotykali we wzroku; zmiany były mianowicie we wszystkich 28 przypadkach, z tych w 19 była zaćma.

Krew i mocz żadnych wybitnych zmian nie wykazują; stan odruchów ścięgnowych i z okostny normalny.

N-r 2589. 13.VIII. ROBERT W. DOYNE. On the Value and misuse of spectacles in the treatment of headache, migraine, and other funtional troubles of the eyes.

W pracy tej autor, okulista, opisuje jak często spotyka się bóle głowy na skutek zmian w refrakcji i nastawieniu wzroku i zwraca uwagę na to, że w takich przypadkach migreny (bóle głowy zazwyczaj umiejscawiają się wtedy głównie w okolicy oczów i w skroni) należy za pomocą odpowiednio dobranych szkieł poprawić wzrok.

N-r 2589. 13.VIII. E. BARNES. Tetanus in a septuagenarian; recovery.

Autor opisuje ciekawy przypadek tężca u 75-letniego starca; chory zadrasnął się kawałkiem powalanego ziemią drzewa. Po 7 dniach wystąpił nieznaczny ból i sztywność w szczękach, ból w karku i pewna trudność w połykaniu pokarmów; po 2 dniach objawy znacznie się wzmogły i tegoż dnia rozpoczął autor leczenie za pomocą surowicy. Po 6 dniach stan chorego był bardzo ciężki: sztywność karku, mięśni piersiowego, barkowych, kończyn górnych i dolnych; śmiech kurczowy był od początku choroby. Po miesiącu przyłączyło się do tego ciężkie zapalenie płuc, które po kilku dniach szczęśliwie minęło. Po 2 miesiącach — prawie zupełne wyzdrowienie z wyjątkiem nieznacznej sztywności w prawej kończynie dolnej i w obu górnych.

Leczenie polegało na wstrzykiwaniu surowicy: pierwszego dnia wstrzyknięto 50 cm. sz. surowicy Pasteur'a, następnie w przeciągu tygodnia codziennie 20 ctm. sz. tej samej surowicy, przez następne 9 dni autor wstrzykiwał 20 ctm. sz. surowicy Allen'a i Hanbury; wstrzykiwania były podskórne. Oprócz tego autor dawał 20 granów chloralu 3 razy dziennie.

Przypadek ten jest ciekawy, zdaniem autora, ze względu na wyzdrowienie pomimo wieku chorego, ciężkiego przebiegu i powikłania ze strony płuc.

J. Handelsman.

LANCET 1910. (2-ie półrocze) lipiec, sierpień, wrzesień.

N-r 1, 2. F. W. MOTT. On the cerebro-spinal fluid.

W pracy swej, bardzo ciekawej, autor, po krótkim wstępie historycznym, przechodzi do własnych badań nad tworzeniem się płynu mózgowo-rdzeniowego, nad jego znaczeniem oraz nad własnościami fizykalnemi, chemicznemi i biologicznemi płynu normalnego i patologicznego i przychodzi do następujących wniosków: płyn normalny jest przezroczysty, patologiczny może być żółty, brunatny, ropny, włóknisty; c. wł. 1004 — 1007, patologicznie może się powiększać; odczyn zawsze alkaliczny; ciśnienie normalne — 60; punkt zamarzania — 0,55^0, patologicznie może być wyższy lub niższy; płyn normalny jest nie jadowity, patologiczny bywa jadowity bardzo rzadko; zawartość białka: w normalnym płynie—tylko ślady globulinów, patologicznie — zwiększona ilość globulinów, a także albuminy, nucleoproteiny; normalnie lipoidów niema, w patologicznych płynach czasem znajduje się cholesterol; cukier normalnie zawarty jest w ilości od 0,15 — 0,18%, ilość jego zwiększa się w moczówce cukrowej, zmniejsza się prawdopodobnie w otępieniu wczesnem; chloridy— 0,6 — 0,7%, węglany 0,13%, sole potasowe 0,03% KCL nie wykazują wyraźnych zmian w płynach patologicznych; co się tyczy choliny, to autor przychodzi obecnie do wniosku, że w normalnych płynach niema choliny nigdy, natomiast mogą być czasem ślady w ostrych rozpadowych chorobach układu nerwowego. Przy badaniu pod drobnowidzem M. normalnie nie znajdywał zazwyczaj wcale komórek, wielojądrową leukocytozę stwierdzał w ostrych zapaleniach otoczek mózgowych (z wyjątkiem zapalenia gruźliczego), jednojądrową leukocytozę stwierdzał w cierpieniach przewlekłych, mianowicie w syfilisie układu nerwowego, porażeniu postępującem, wiądzie rdzenia, śpiączce chorobowej i w gruźliczem zapaleniu opon mózgowych; niekiedy oprócz tego M. spotykał jednojądrową leukocytozę w ostrem zapaleniu rogów przednich rdzenia, w śwince, półpaścu, w białaczce gruczołowej i rzadko w nowotworach mózgu. Badanie bakterjologiczne wykazywało rozmaite bakterje: dwoinki śródkomórkowe w nagminnem zapaleniu opon mózgowych, a w innych sprawach ropnych — paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc i inne. Wreszcie odczyn Wassermana wypadał podobnie jak u innych badaczy.

N-r 4. H. R. DEAU. An examination of the blood serum of idiots by the Wassermann reaction.

Badania były wykonane w 330 przypadkach idjotyzmu rozmaitego rodzaju; z pośród nich w 51 przypadkach odczyn Wassermanna wypadł dodatnio w surowicy krwi. Z pośród tych 51 przypad., tylko w 7 objawy syfilisu były widoczne, w 4 były podejrzewane, w pozostałych 40 nie było żadnych cech syfilitycznych; u 12 z pośród tych chorych wykonano próbę Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym, która wypadła dodatnio tylko w 1 przypadku. Ciekawe wyniki dało badanie surowicy krwi rodziców; badanie to wykazało w 7 przypadkach wynik dodatni i tylko w 3 — ujemny.

N-r 8. HUBERT HIGGIUS. A case of migraine associated with chlorine retention.

Opis przypadku ciężkiej neurastenji z migreną, przyczyną której było zatrzymywanie chlorków, stwierdzone za pomocą dokładnej analizy.

N-r 10. A. E. WILSON HIRT. A case of cerebellar haemorrhage.

Przypadek wylewu krwawego do móżdżku u chłopca 10 letniego, który 6 lat przedtem otrzymał uraz czaszki z prawdopodobnem złamaniem podstawy czaszki. W sercu zmian nie było.

J. Handelsman.

BRAIN 1910. June 1910 P. CXXIX Vol. 33.

FREDERICK BATTEN. Does poliomyelitis occur during intra-uterine life?

Batten w pracy swej na zasadzie dwóch własnych spostrzeżeń stara się przekonać, że wewnątrzmaciczne przebycie zapalenia rogów przednich rdzenia u dziecka jest możliwe; z piśmiennictwa autor podaje tylko jedno spostrzeżenie podobne, opisane w 1908 r. przez Fritsch'a, ale i w tym przypadku nie dokonano badania pośmiertnego.

Z przypadków Batten'a pierwszy dotyczy chłopca, którego autor zaczął obserwować od 3-go roku życia; według opowiadania matki dziecko miało porażoną lewą kończynę górną od urodzenia, porażenie obu kończyn dolnych było zauważone później; przy badaniu przedmiotowem stwierdzić można było wiotkie porażenie tych trzech kończyn ze wszystkimi objawami charakterystycznymi dla zapalenia rogów przednich rdzenia. Chłopiec

ten był obserwowany przez autora w przeciągu 8 lat i zmarł na skutek błonicy. Badanie pośmiertne rdzenia wykryło następujące zmiany: 1) zmniejszenie objętości nie tylko rdzenia, ale specjalnie i szarej substancji w miejscach dotkniętych; 2) ogniska w rogach przednich; 3) zmniejszenie rozmiarów niektórych przednich dróg; 4) zblednięcie słupów przedniobocznych. Przy rozpoznaniu różniczkowem autor uwzględnia możliwość: 1) przebycia zapalenia po urodzeniu dziecka, 2) możliwość wylewu krwawego do rdzenia na skutek upadku, 3) możliwość niedorozwoju rdzenia, i 4) możliwość zmian w rdzeniu na skutek częstego uszkodzenia nerwów obwodowych z następczym zanikiem komórek w rogach przednich. Autor przychodzi do wniosku, że najprawdopodobniejsze jednak jest zapalenie rogów przednich, a ze względu na wywiady, według których dziecko miało kończynę górną porażoną od urodzenia; zapalenie wewnątrzmaciczne.

Drugi przypadek był obserwowany mniej dokładnie: 2-letnie dziecko zprowadzono do szpitala na skutek ciężkiego zapalenia płuc po odrze; z wywiadów okazało się, że dziecko ma wrodzone cierpienie stawu biodrowego prawego; przy badaniu, natomiast, stwierdzono wiotkie porażenie całej prawej kończyny dolnej. Po śmierci dokonane badanie pośmiertne rdzenia wykazało zmiany charakterystyczne dla przebytego zapalenia rogów przednich w okolicy trzeciego lędźwiowego odcinka.

Streszczając badania swoje autor przychodzi do wniosku, że oba przypadki, a zwłaszcza pierwszy, przemawiają za możliwością przebycia wewnątrzmacicznego zapalenia rogów przednich.

J. Handelsman.

FOLIA NEUROBIOLOGICA. Tom II, III.

Tom II N-r 3. HISAYOSHI KATÓ. Eine neue Neurofibrillen färburg.

Metoda jest następująca:

1) Możliwie świeżą tkankę nerwową utrwala się przez dobę lub dłużej w 10 — 15% formalinie.

2) Cienkie bloczki (5 mm.) przenosi się następnie na 1—5 dni, zależnie od grubości, do poniżej opisanego płynu i przechowuje się w termostacie przy 35° C.

Płyn przygotowuje się w następujący sposób: do 150 ccm. 5% rozczynu wodnego argentaminy dodaje się, stopniowo mieszając, 3% świeżego rozczynu azotanu srebrowego. Powstałe zmętnienie znika wkrótce, o ile argentamina znajduje się w rozczynie w nadmiarze. Jeżeli się utworzy strąt usuwa się go przez ponowne dodanie argentaminy, która musi znajdować się stale w minimalnym nadmiarze, — następnie płyn się przesącza.

3) Po 1 — 5 dniach, gdy bloczek nabrał koloru bronzowo-czarnego, przemywa się go przez kilka minut w wodzie przekroplonej i przenosi na dni kilka do silnie redukującego rozczynu: Hydrochinon 1.0 gr., Formalina 10.0 gr., Woda przekroplona 100.0. Następnie odwadnia się, przeprowadzając przez alkohol, i zatapia w parafinie, poczem się kraje na skrawki o grubości 3 μ.

Obraz mikroskopowy odpowiada mniej więcej otrzymywanemu po zabarwieniu metodą Cajal'a.

Wyniki mają być pewne; przyczem prawie nie obserwuje się pokurczeń komórek, jak przy metodach Ramon y Cajal'a oraz Bielschowsky'ego; zyskuje się także na czasie.

T. III. N-r 1. HISAYOSHI KATÓ. Zur Netzstruktur der Neurofibrillen.

Autor badał mózg i rdzeń młodego kota, stosując własną metodę, opisaną w II tomie niniejszego czasopisma. — Otrzymywał bardzo dobre wyniki, na podstawie których wyciąga następujące wnioski:

1) Fibrille nie przebiegają nigdy w komórkach oddzielnie lecz łączą się z sąsiedniemi, wskutek czego tworzą się zbite siateczki.

2) Rozróżnić się dają dwojakiego rodzaju siateczki: powierzchowna i wewnętrzno-komórkowa. Czy zgęszczenie okołojądrowe uważać należy za dalszy ciąg wewnętrzno-komórkowej siateczki, która, zbliżając się do jądra, staje się cieńszą i ściślejszą, czy też ma się tu do czynienia z odrębnym układem siatek musi pozostać narazie nierozstrzygniętem.

3) Nie ulega wątpliwości, że istnieją takie pasemka fibrill, które, podzieliwszy się w wypustkach komórkowych, znowu się między sobą łączą.

4) Pogląd Economo, Bielschowsky'ego oraz wielu innych autorów, że obrazy siatek fibrillarnych w preparatach impregnowanych srebrem bez wstępnego utrwalenia uważać należy za produkty sztuczne, nie zgadza się z wynikami, otrzymanymi przez autora, który, barwiąc swoją metodą, otrzymał siatki stosując właśnie wstępne utrwalanie.

T. III. N-r 2. S. MICHAILOW. Experimentelle Untersuchungen über die Verbindung des peripheren sensiblen Neurons mit dem sympatischen Nervensystem.

Autor badał zwoje międzykręgowe i zwoje różnych nerwów mózgowych psa, kota, królika, świnki morskiej, jeża i innych zwierząt ssących. Posługiwał się metodą Ramón y Cajal'a oraz własną modyfikacją metody Ehrlicha.

Doszedł on do przekonania, że w zwojach międzykręgowych istnieje tylko jeden rodzaj kołokomórkowych (pericellularnych) zakończeń włókien lub splotów, dochodzących z zewnątrz do tych zwojów.

Zakończenia mają kształt sferycznych sieci lub splotów, co bardzo dokładnie daje się prześledzić na preparatach barwionych błękitem metylenowym.

Na podstawie innych preparatów, otrzymanych przy doświadczalnem opracowywaniu kwestji przebiegu włókien układu nerwów współczulnych, autor stwierdził, że takiemi właśnie sieciami kołokomórkowemi kończą się w zwojach międzykręgowych wypustki komórek współczulnych, które, wyszedłszy ze zwojów współczulnych, dostają się za pośrednictwem gałązek łączących do rdzenia.

Na poparcie swego twierdzenia autor przytacza opis dwóch doświadczeń, które wraz z innemi były przedmiotem pracy ogłoszonej w Arch. f. die gesamte Physiologie.

Badanie było przeprowadzone metodą Marchi'ego.

Operacja 1-a polegała na przecięciu wszystkich przednich gałązek pętli podobojczykowej (Vieusseus'a). — W następstwie tego zabiegu można było się przekonać, że włókna współczulne, przebiegłszy przez przednią grupę gałązek pętli podobojczykowej do zwoju gwiazdowatego (gangl. stellatum), przedostawały się za pośrednictwem gałązek łączących do I n. piersiowego, korzenia tylnego i odpowiadającego mu zwoju, gdzie się kończyły w około komórek. — Zwyrodnienie splotu kołokomórkowego dawało się prześledzić w postaci okrągłych lub owalnych grudek zabarwionych metodą Marchi'ego. Ułożenie ich pomiędzy komórką a torebką było widoczne.

Że włókna te, kończące się kołokomórkowymi splotami w I zwoju międzykręgowym, pochodzą od współczulnych komórek zwoju szyjowego dolnego (gangl. cervic. inf.) udowodnione jest tem, że po przecięciu wszystkich innych gałązek, łączących ten zwój z sąsiednimi zwojami, zwyrodnień w nim nie było.

2-a operacja miała na celu stwierdzenie, przez którą gałązkę przedniej grupy gałązek pętli podobojczykowej przechodzi opisana w poprzedniem doświadczeniu droga współczulna ze zwoju szyjnego dolnego do zwoju gwiazdowatego (gangl. stellatum).

W tem doświadczeniu przecięto drugą gałązkę przedniej grupy gałązek pętli podobojczykowej i stwierdzono, że obok całego szeregu innych połączeń opisanych w pracy wspomnianej istnieje jeszcze połączenie, prowadzące przez tę właśnie gałązkę do zwoju gwiazdowatego i dalej przez włókna biegnące w kierunku ku rdzeniowi w I-ym n. piersiowym do odpowiadającego temu nerwowi korzenia tylnego i zwoju międzykręgowego. W tym zwoju włókna wykazane kończą się również splotami kołokomórkowymi. Włókna tej drogi pochodzą od komórek

zwoju szyjowego dolnego (gangl. cerv. inf.) — Po przecięciu innych gałązek przedniej grupy gałązek pętli podobojczykowej nie spotyka się zwyrodnień wzdłuż powyżej opisanej drogi.

T. III N-r 4. PROF. C. WINKLER. Die Folgen der Abtragung des Tuberculum acusticum beim jung geborenen Kaninchen.

Autor podaje opis zmian zanikowych znalezionych w mózgu królika, któremu zniszczył guzek słuchowy w 12 dni po urodzeniu a którego zabił w 3 lata potem.—Porównawczo wspomina również o wynikach, otrzymanych u innego królika, który po zniszczeniu błędnika żył jeszcze przeszło 2 lata.

Gołem okiem stwierdzić już było można wybitny zanik obu korzeni nerwu słuchowego. Badanie drobnowidzowe wykazało, że i prążek słuchowy (stria acustica) po stronie operowanej został przecięty. W następstwie tego uszkodzenia stwierdzić się daje znaczny zanik jądra brzusznego (n. ventralis) n. VIII, zwłaszcza w jego górno-grzbietowej części. Po zniszczeniu błędnika obraz jest nieco odmienny, gdyż największe zmiany spotyka się w odśrodkowo-brzusznej, mniejsze zaś w górno-grzbietowej części jądra. — Na podstawie tych wyników wnosić można, że znaczna część włókien prążka słuchowego wychodzi z jądra brzusznego n. VIII. Co się tyczy dalszego biegu zwyrodniałych włókien prążka słuchowego, autor zaznacza, że zasadniczej różnicy z wynikami, otrzymywanymi po zniszczeniu błędnika, niema, jedynie może po przecięciu prążka słuchowego zmiany wybitniej występują.

Zwyrodniałe włókna prążka słuchowego dochodzą od zewnątrz do jądra n. VI tej samej strony, nie tworząc tu już jednak nader gęstej i delikatnej sieci jak po stronie nieuszkodzonej, i po skrzyżowaniu się w linji środkowej wchodzą od wewnątrz do jądra n. VI strony przeciwnej. — Obok zwyrodnienia włókien powyższych spostrzega się silny zanik samego jądra n. VI po stronie operowanej oraz mniej wybitny po stronie przeciwnej. — Nieco trudniejszym do prześledzenia jest stosunek prążka słuchowego do pęczka podłużnego tylnego (fascicul. longitud. post.), gdyż oba pęczki są ścieńczałe, jakkolwiek po stronie operowanej w silniejszym stopniu. — W pasmie Deitersa wstępującym spostrzega się również częściowy zanik włókien.

Analogiczne zmiany i stosunek do włókien prążka słuchowego jak w jądrze n. VI spotyka się również i w jądrze n. IV.

Zniszczenie guzka słuchowego wpływa jeszcze bardziej zdumiewająco na ośrodkową drogę słuchową. — W dolnej jej części zanikają włókna skrzyżowania Monakowa i włókna poprzeczne, leżące do tyłu od jądra oliwki górnej. Komórki jądra oliwki i jądra brzusznego wstęgi bocznej są pokurczone, a mianowicie silniej po stronie nieoperowanej. Powyżej tych jąder

zanikły włókna przyśrodkowej części wstęgi bocznej, brzuszna część wzgórka czworaczego tylnego oraz włókna, otaczające ten wzgórek od zewnątrz.

Pasmo zwyrodniałych włókien, w tem miejscu przynajmniej 10 razy większe niż przeciętny prążek słuchowy, daje się jeszcze prześledzić aż do ciałka kolankowego przyśrodkowego (corp. genic. mediale), w którym brzuszna część jądra najsilniej zanikła.

Prześledzenie przebiegu silnie zanikłych włókien przez okolicę podłożyskową (regio subthalamica) do torebki wewnętrznej (capsula interna) jest utrudnione; można tylko stwierdzić ścieńczenie ściany komory bocznej, w następstwie czego komora uległa rozszerzeniu a ściana sama jest wklęśnięta. — Komórki kory są przeważnie zmienione. Najlepiej jest utrzymana warstwa powierzchowna, największym zaś zmianom uległy duże komórki pyramidowe; są one pokurczone i leżą bezładnie na dość dużej przestrzeni w tylno-zewnętrznej części kory mózgowej. — Identyczne z powyższemi są zmiany po zniszczeniu błędnika.

Usunięcie guzka słuchowego wywołuje również zmiany w rdzeniu a mianowicie w korzeniu zstępującym n. VIII, gdzie i komórki zanikają. Autor podkreśla specjalnie, jako godne uwagi, zanik wybitny pasma zstępującego Deitersa, pomimo że komórki tegoż jądra zmian nie wykazują. — Uderzają również zmiany w istocie szarej rdzenia głównie po stronie operowanej, gdzie zanikają włókna wchodzące do rogów przednich.

S. Jeleńska-Macieszyna.

T. III. N-r 5. G. FELICIANGELI. Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Function des Strirnlappens des Hundehirns.

Autor usuwał na drodze operacyjnej częściowo płaty czołowe u psa i badał zachowanie się psa pod względem zaburzeń ruchowych i czucia.

Po zupełnem jednostronnem usunięciu okolicy przedśrodkowej nie wystąpiły jakieś znaczniejsze lub dłużej trwające zaburz. ruchowe lub czuciowe.

Po zupełnem usunięciu okolicy przedskrzyżowanej (regio praecruciata) zwykle przejściowo występowała dążność do ruchów kołowych na stronę operowaną; prócz tego na przeciwnej operowanej połowie ciała występowało przejściowe obniżenie czucia na dotyk, ból, ciepło i obniżenie zmysłu mięśniowego; o ile przy usuwaniu okolicy tej został usunięty wchodzący w skład zwoju esowatego (g. sigmoideum) odcinek poskrzyżowany (segmentum postcruciatum), to te wszystkie zaburzenia występowały w znacznie silniejszym stopniu i trwały znacznie dłużej.

W. Dąbrowski.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT 1910.

N-r 12. PROF. H. SCHLESINGER. Weitere Erfahrungen über das „Beinphänomen" bei Tetanie.

Autor opisał nowy objaw przy tężyczce, nazwany przez niego „objawem nożnym" („Beinphänomen"). — Polega on na tem, że jeżeli w okresie międzynapadowym zgiąć w stawie biodrowym kończynę, to po kilku minutach, a nawet sekundach występuje przy silnych bólach skurcz wyprostny w stawie kolanowym i kurcz w stawie skokowym.

Na 19 przypadków tężyczki autor spostrzegał objaw ten w 18-u (9 mężczyzn, 5 kobiet i 4 dzieci). — Autor widywał wcześniejsze występowanie objawu tego przy tężyczce, aniżeli objawu Trousseau na kończynach górnych, uważa więc go za objaw znamienny dla tężyczki.

N-r 13. PROF. P. NÄCKE. Durch Introspektion gewonnene Einblicke in gewisse geistige Vorgänge.

W badaniach psychologiczno-doświadczalnych, pomimo bardzo ścisłej ich metodyki, możliwe są zawsze duże omyłki i to takie, których nie podobna jest uniknąć. Przekonano się, że doświadczenia, dokonywane w pracowniach psychologicznych, nigdy nie mogą należycie wyświetlić istotnych stosunków świata zewnętrznego. Doświadczenia te w nieznacznym również stopniu przenikają do istoty „psyche", oświetlają tylko do pewnego stopnia elementarne zjawiska duchowe, nie wyjaśniają zatem wewnętrznej istoty skomplikowanych zjawisk duchowych.

Autor mniema, że stara metoda introsuspekcji może tu dać lepsze wyniki. Przy pomocy tej metody można do pewnego stopnia wyjaśnić stan świadomości, powstawanie woli, świat uczuć. Pogląd ten oprócz autora wypowiadają: von Lipps, W. Stern, Finzi, Swoboda i inni.

Treść niniejszej pracy stanowi szereg samoobserwacii, dokonanych metodą introsuspekcji.

WALTER B. SWIFT. Demonstration eines Hundes, dem beide Schläfenlappen exstirpiert worden sind.

Autor pokazał na posiedzeniu berlińskiego tow. neurol.-psychjatrycznego psa, któremu po obu stronach wyciął płaty skroniowe. Pies ten w ciągu 5 miesięcy przed operacją tresowany był w ten sposób, iż na dany sygnał — pewien ton -- przyjmował pokarm, usłyszawszy zaś inny ton przestawał jeść. To samo doświadczenie udawało się z psem i po dokonanej operacji,

gdy tymczasem na wszelkie wołania pozostawał on głuchym, czego przed operacją nie było.

Analizując powyższe zjawisko, autor dochodzi do wniosku, że owo reagowanie psa na tony nie jest czystym odruchem, lecz jest sprawą intelektualną, myślową, odbywającą się w korze mózgowej po za płatami skroniowymi.

TOBY COHN. Kritische Bemerkungen zur praktischen Verwertung des Wasserman'schen Verfahrens.

Autor zwraca uwagę na pewne ujemne strony stosowania odczynu Wassermanna: 1) często się zdarza, że przy jednoczesnem badaniu jednej i tej samej surowicy przez kilku badaczy otrzymujemy niejednakowe wyniki badania; 2) odczyn Wassermanna często wypada dodatnio przy nowotworach mózgu, nic wspólnego z przymiotem nie mających; przez to opóźnia się operacja i wyniki jej stają się gorsze.

Niektórzy autorzy zaznaczają, że wynik ujemny odczynu Wassermanna stanowi skuteczny środek suggestyjny przy syfilidofobji. Autor nie zgadza się z tem zapatrywaniem, uważając, że syfilidofobja jest objawem psychozy, a idee natrętne u podobnych chorych, po ustąpieniu syfilidofobji, mogą przyjąć inną postać.

N-r 14. MAX SICHEL. Der Alkohol als Ursache der Belastung.

Autor na podstawie obfitego materjału z zakładu dla umysłowo-chorych we Frankfurcie stara się wykazać, jaką rolę odgrywa alkoholizm przodków w obciążeniu dziedzicznem. Badanie opiera się na materjale 308 chorych, obarczonych alkoholizmem rodziców lub krewnych. Autor na całym szeregu tablic wykazuje związek alkoholizmu rodziców z rozmaitemi psychozami u potomstwa oraz z przestępstwami.

A. EXNER u. J. BOESE. Über experimentelle Extirpation der Glandula pinealis.

Autorzy wyłuszczali ciało szyszkowate u 95-ciu królików. Z tej liczby dłuższy czas mieli możność obserwować 22 zwierzęta. Wbrew mniemaniu Marburg'a i Frankl-Hochwart'a, autorzy nie zauważyli, aby wyłuszczenie ciała szyszkowatego wywierało jakikolwiek wpływ na wzrost oraz występowanie objawów dojrzałości płciowej.

N-r 15. K. SINGER. Ein Fall von isolierter Lähmung des N. suprascapularis dexter.

Przypadki porażenia n. nadłopatkowego należą do rzadkości

i od 1886 r., kiedy Bernhard pierwszy przypadek tego cierpienia opisał, aż do ostatnich czasów znanych jest zaledwie 21 tego rodzaju porażeń.

Przypadek spostrzegany przez autora dotyczy 36-letniego mężczyzny, który, spadłszy z wysokości 3-ch m., uległ urazowi prawej górnej kończyny. Wystąpiła nieczynność m. nadgrzebieniowego, przyczem ramię zwisało.

Przyczyną porażeń n. nadłopatkowego, podobnie jak i w opisanym przypadku, bywa zawsze uraz.

Jako przypuszczalne miejsce, gdzie nerw podlega uszkodzeniu, autor zgodnie z Fischler'em uważa — wcięcie łopatki (incisura scapulae).

PROF. E. MÜNZER. Mitteilung zweier Fälle einseitiger Lateralsklerose (spinaler Hemiplegie), von denen der eine mit gekreuzter Bulbärkernlähmung vergesellschaftet war.

Autor podaje opis 2-ch rzadkich przypadków jednostronnenego stwardnienia bocznego.

Pierwszy przypadek dotyczy 42-letniego mężczyzny. Sprawa rozpoczęła się od niedowładu prawej kończyny dolnej ze wzmożeniem odruchów (objaw stopowy) i objawami kurczowymi. Po 8 latach podobna sprawa wystąpiła w pr. kończynie górnej, której palce zgięły się, a unoszenie ramienia w stawie barkowym stało się prawie niemożliwem. Żadnych zaników i zaburzeń odżywczych. Przymiotu nie było. — Drugi przypadek u 36-letniego mężczyzny również rozpoczął się od kurczowego porażenia prawej dolnej kończyny (objaw kolanowy i stopowy); po kilku miesiącach sprawa przeszła na prawą kończynę górną, przyczem jednocześnie wystąpił zanik lewej połowy języka, który przy wysunięciu zbaczał na lewo, zawroty głowy przy zmianie położenia, porażenie lewej struny głosowej, drżenie gałek ocznych oraz objawy opuszkowe (zaburzenia łykania).

Autor w drugim przypadku stawia rozpoznanie jednostronnego stwardnienia bocznego z zanikiem mięśni oraz porażeniem opuszkowem.

N-r 16. HEMPEL u. BERG. Über das Vorkommen und die Bedeutung des Babinski'schen und Oppenheim'schen Zeichens und des Mendel-Bechterew'schen Fussrückenreflexes bei Epilepsie.

Autorzy badali odruchy podeszwowe u 50 chorych, dotkniętych padaczką, przyczem spostrzegali u chorych podczas napadu objaw Babińskiego w 43-ch przypadkach (= 86%); w 29-iu przypadkach objaw ten był obustronny. — U tych samych chorych

w tych samych warunkach spostrzegano 14 razy (= 28%) objaw Oppenheima. Odruch grzbietowy stopy Mendel-Bechterewa spostrzegano tylko w 4-ch przypadkach (= 8%).

Obok nieruchomości źrenic, objaw Babińskiego autorzy uważają jako b. ważną cechę rozpoznawczą, szczególnie przy różniczkowaniu napadów padaczki od histerji. Pogląd powyższy podzielają i inni badacze (Charuel, Collier, Keniston).

N-r 17. K. PÁNDY. Über eine neue Eiweissprobe für die Cerebrospinal flüssigkeit.

Autor na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego na białko w 250 przypadkach dochodzi do wniosku, że I-a faza próby Nonne-Appelt'a, jak również próba Ross-Jones'a — dają wyniki dodatnie nawet w tych przypadkach, gdzie niema żadnych wskazówek na przebyty przymiot, próby te zatem wskutek swej nadmiernej czułości są mało pewne.

Nowa próba autora, stosowana w 250 przypadkach, daje wyniki pewniejsze. Próba ta polega na tem, że do 1 ctm. sz. nasyconego rozczynu karbolu dodaje się 1 kroplę płynu mózgowo-rdzeniowego. Jeżeli w badanym płynie znajdują się w ilości patologicznej łatwo ścinające się substancje białkowe (globulina), wówczas na miejscu zetknięcia się dwóch płynów powstaje po kilku sekundach obłoczkowate, białobłękitnawe zmętnienie.

Zamiast karbolu (1 : 15) można stosować również 4% rozczyn kresolu lub 10% rozczyn pyrogallolu.

117 przypadków porażenia postępującego, badanych powyższą metodą, wykazywały w 106 wyraźny dodatni odczyn, w 7 — słaby i w 4 — ujemny.

Autor zaznacza, że zarówno próba Nonne-Appelt'a (z ammonium sulph)., jako też i próba z karbolem nie mogą być uważane za ścisłe próby na globulinę, gdyż przy takich próbach wypada z rozczynu (1 : 1000) również i albumina.

St. Konwerski.

K. GOLDSTEIN. Ueber die aufsteigende Degeneration nach Querschnittsuntersuchung des Rückenmarks (tr. spino-cerebellaris posterior; tr. spino-olivaris; tr. spino-thalamicus).

Autor zbadał 2 przypadki nowotworów rdzenia; w jednym przypadku nowotwór był usadowiony w okolicy II odcinka lędźwiowego, w drugim w dolnej szyjowej części rdzenia. Zbadawszy metodą Marchi'ego przebieg dróg, zwyrodniałych w rdzeniu, autor stwierdza istnienie następujących dróg:

1. Część włókien pęczków Golla i Burdacha wchodzi do pasma rdzeniowo-móżdżkowego (tr. spino-cerebellaris) i prawdopodobnie wraz z niem zdąża do móżdżku; pasemko to autor na-

zywa tr. spino-cerebellaris posterior. Dotychczas przypuszczano, że pęczki Golla i Burdacha przerywają się w swoich jądrach (u zwierząt); u człowieka opisano (Monakow) już przejście włókien powrózka klinowatego bezpośrednio do ciała powrózkowatego.

2. Pasmo rdzeniowo-oliwkowe — pęczek Hellve'go rozpoczyna się w okolicy I-go odcinka lędźwiowego, a kończy się w jądrze oliwki. Dotąd przypuszczano, że pęczek ten zawiera włókna zstępujące i łączy jądro oliwki z rdzeniem szyjowym.

3. Pasmo rdzeniowo-wzgórkowe (tr. spino-thalamicus) — rozpoczyna się w rdzeniu lędźwiowym, prawdopodobnie krzyżuje się i wchodzi do słupa bocznego strony przeciwnej. W rdzeniu przedłużonym biegnie obok pasma rdzeniowo-móżdżkowego, w żaglu rdzeniowym oddziela się od niego, wchodzi w obręb wstęgi bocznej, biegnie tu w kierunku ku przodowi i kończy się w brzusznej części wzgórza.

W. Dąbrowski.

ARCHIV F. KLINISCHE CHIRURGIE T. 92.

O. NORDMANN. Experimentelle Studien über die Thymusdrüse.

Doświadczenia autora nad usunięciem grasicy u psów i małp przy zachowaniu wszelkich środków ostrożności pokazały, że częściowe usunięcie grasicy żadnego wpływu na dalszy rozwój danego zwierzęcia nie wywiera, dopiero usunięcie całego narządu w okresie rozwoju daje szereg wybitnych zmian. Zwierzęta chudną, pomimo to, że w porównaniu z swymi rówieśnikami, nie pozbawionymi grasicy, wyróżniają się nadzwyczajną żarłocznością. Skóra podlega częstym zapaleniom, z czego można by wyprowadzić wniosek, że usunięcie grasicy zmniejsza odporność na rozmaite zakażenia. Dłużej niż rok nie udawało się żadne zwierzę poddane doświadczeniu utrzymać przy życiu. U wszystkich znajdywano na sekcji ogromne rozszerzenie serca, zwłaszcza prawego, bez przerostu. U niektórych stwierdzono zmiany zanikowe w gruczołach rozrodczych, czasami też przekrwienie nadnerczy. Zmian zaś w kościach, wbrew opisom innych autorów, nie znajdywano. Teorja więc o związku grasicy z krzywicą w doświadczeniach autora poparcia nie znajduje. Nie było też żadnych wybitnych zmian w gruczołach tarczowych. Doświadczenia z hypertymizacją (wszycie zdrowych grasic do jamy brzusznej lub śledziony) pokazały, że w pierwszym okresie pooperacyjnym zwierzęta stały się apatycznemi, chudły, niechętnie jadały i t. p., ale z biegiem czasu stan ten znikał a zwierzęta wracały do zwykłego swego zachowania się. Prawdopodobnie powyższe

zaburzenia pooperacyjne należy położyć na karb otrucia wskutek wessania się obcych tkanek.

H. KLOSE. Ueber Thymusexstirpation und ihre Folgen.

Autor doświadczenia swoje (usunięcie grasicy) wykonał nad psami, mającymi nie więcej nad 10—12 dni, nieco później bowiem powstają już zmiany wsteczne w grasicy. Przy operacji należy szczególnie dbać o to, aby usunąć cały ten narząd, małe już bowiem pozostałości wystarczają do zupełnej jego regeneracji. Zwierzęta stają się apatycznemi, psychicznie zmienionemi. Chód mają niezgrabny, są żarłoczne, pożerają nawet takie pokarmy, od których zdrowe zwierzęta się odwracają, i w przeciągu pierwszych miesięcy niezmiernie tyją (stadium adipositatis). Ale stopniowo waga ciała się zmniejsza, następuje ogólny upadek sił i pomimo pozostałej jeszcze żarłoczności zwierzęta karłowacieją. Zwłaszcza cierpi rozwój kości, które stają się skłonnemi do złamań. Stan umysłowy coraz więcej się pogarsza. Włosy wypadają, występują objawy charłactwa (cachexia thymicum) i nareszcie zwierzęta giną mniej więcej w końcu pierwszego roku. Autor szczególną zwracał uwagę na zachodzące u takich zwierząt zmiany w kościach, które polegają na wybitnem ich zgąbczeniu, zmniejszeniu zawartości wapna i nienormalnym rozwoju chrząstek. Niektóre kości (żebra, czaszka) stają się niezwykle miękkie. Wogóle ucierpiał cały proces kostnienia. „U jednego tego samego osobnika występują objawy krzywicy, zmiękczenia i zgąbczenia”. Wtedy, kiedy kości rówieśników zawierają 65% soli wapiennych, kości zwierząt, pozbawionych grasicy, zawierają tylko 32—34%. Stosunek zaś rozmaitych soli wapiennych do siebie zostaje ten sam. Za przyczynę tego wybitnego zubożenia w wapno autor przyjmuje nadmierne nagromadzenie się kwasów. „Być może, że grasica jest głównym narządem syntezy nucleinowych substancji i wskutek jej braku nagromadza się w ustroju dużo kwasu fosforowego”. W pierwszych okresach pooperacyjnych — śledziona jest znacznie powiększona, wskutek czego autor uważa ją za narząd zastępczy dla grasicy. Karmienie zwierząt, pozbawionych grasicy, grasicą jest szkodliwe, bo wprowadzając nucleinowe substancje powiększamy jeszcze ogólną kwasotę ustroju. Jedyną metodą leczenia byłoby zwiększone wprowadzenie zasad.

Bychowski.

BEITRÄGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE. T. 69.

G. v. SAAR. Ueber Duraplastik.

Przy urazowych lub chirurgicznych uszkodzeniach twardej

opony pozostające jej wolne brzegi zrastają się nieraz z biegiem czasu z miękkiemi oponami i korą mózgową, wskutek czego występują rozmaite objawy podrażnienia tej ostatniej. Dla zapobiegania temu robiono oddawna próby zastąpienia braków twardej opony obcemi tkankami. Ze względu na coraz częstsze trepanacje sprawa ta nabiera coraz większej doniosłości. Autor daje krytyczny przegląd rozmaitych w tym kierunku czynionych usiłowań, uzupełniając je własnemi doświadczeniami i spostrzeżeniami (z kliniki Hacker'a w Gracu). Należy rozróżniać: 1) alloplastykę (błonki gumowe, guttaperkowe i metalowe listki), która stanowczo zawiodła; 2) heteroplastykę (błonka od jajka, kondony z rybiego pęcherza i ścianki naczyń). Z tych trzech tkanek najlepsze wyniki dały doświadczenia z kondonami z rybiego pęcherza. Zrostów autor u psów swoich — nad którymi wykonywał swoje doświadczenia — nigdy nie znajdywał, a po upływie 4-ch tygodni uraz ten zostaje „organicznie zastąpiony"; 3) homoplastykę (otrzewna). Metodzie tej Saar na zasadzie swoich doświadczeń i klinicznych spostrzeżeń rokuje największą przyszłość. Na zasadnicze pytanie, czy plastyczne zastąpienie twardej opony (Duraplastik) jest wogóle pożądane, autor odpowiada twierdząco, ponieważ udana plastyka zabezpiecza mózg, nad którym dokonano operacji, od wielu mechanicznych podrażnień i ochrania go od pooperacyjnego zakażenia. Praca jest obficie ilustrowana.

Bychowski.

ARCHIV f. PSYCH. u. NERVENKR. 1910 T. 47. Z. 1-szy.

KURT GOLDSTEIN. Meningitis serosa unter dem Bilde hypophysärer Erkrankung.

Autor podaje bardzo ciekawe przypadki surowiczego zapalenia opon mózgowych o przebiegu podobnym do guza przysadki.

Przypadek I. U 5-letniego chłopca zdrowego uraz, po którym nastąpiło upośledzenie wzrostu. W 14 roku gwałtowne bóle głowy i pogorszenie wzroku. Badanie: duża głowa, mała budowa ciała, pokład tłuszczowy obfity; narządy płciowe szczątkowe, typ postaci kobiecy. Wzmożenie odruchów. Zanik nerwów wzrokowych. W 20 roku stan chorego bez zmiany.

Objawy więc są podobne do spostrzeganych w guzach przysadki, od kilku lat jednak nie ma oznak postępowania sprawy i autor sądzi, iż chodzi tu o przewlekłe wodogłowie wewnętrzne.

Przypadek II. Chłopiec 12 letni, miał zawsze dużą czaszkę. W 1906 r. przejściowe wymioty. W 1908 r. uraz z objawami wstrząśnienia mózgu. Odtąd powiększenie czaszki, zawroty głowy,

obniżenie inteligencji. Badanie w 1909 r.: czaszka jak w wodogłowiu. Tępy. Otyłość, mało rozwinięte narządy płciowe. Tarcza zastoinowa, znaczne obniżenie ostrości wzroku. Wzmożenie odruchów. Bolesność kręgów szyjowych. Bóle w szyi i piersi lewej strony. Autor rozpoznaje zapalenie opon mózgowych, za czem przemawia brak wyraźnych objawów ogniskowych; bolesność kręgów i bóle w piersi przemawiają za zapaleniem opon (Oppenheim); zbyt duża ilość płynu, która tylko mogła wywołać tak znaczne zwiększenie czaszki, bywa zdaniem autora tylko w wodogłowiu samoistnem. Zdjęcie Röntgena nie wykazało ani pogłębienia ani rozszerzenia siodełka tureckiego jak to bywa w guzie przysadki.

Przypadek III. Chłopiec 17-letni mały i otyły. Głowa zawsze była duża. Zdrów do 1908 r. Po lekcji tańca migotanie przed oczami, widzi czerwono, ból głowy. Poprawa. Następnie bez powodu silne bóle głowy, obniżenie wzroku najpierw w lewem, potem prawem oku. Przy badaniu: obwód głowy 54½ ctm. Obustronny zanik n. wzrokowych. Rentgenizacja wykazuje czaszkę normalną.

Autor sądzi, że i tu chodzi o zapalenie opon mózgowych surowicze. Autor zwraca uwagę, że zespół objawów przypisywany guzom przysadki może być wywołany i przez wodogłowie. Sądzi, że jego 3 przypadki nie są nowotworami, ale przewlekłem samoistnem wodogłowiem, że zespół objawów może być wytłomaczony przez nagromadzenie płynu zwłaszcza w lejku (infundibulum). Potwierdzenie rozpoznania mogą dać tylko oględziny pośmiertne, autor sądzi jednak, że powinien był swoje przypadki podać w celu pobudzenia do poszukiwań w tym kierunku.

A. WESTPHAL. Ueber seltenere Formen von traumatischen und Intoxikationspsychosen.

Przy badaniu przypadków nerwic psychicznych urazowych uwagę autora zwróciło to, że niektóre zespoły objawów (zaburzenia w odnajdywaniu wyrazów, poznawaniu przedmiotów, wykonywaniu pewnych czynności) są częściej w związku z fizycznymi objawami histerji i neurastenji, niż przypuszczano. Badania te rzucają jednocześnie światło na złożone zaburzenia pamięci, tak ważne w chorobliwych stanach psychicznych. Autor opisuje 4 bardzo interesujące przypadki urazowej nerwicy psychicznej. U dawniej zdrowych po urazie głowy rozwija się obraz nerwicy: znieczulenie czuciowe i zmysłowe, objawy naczynioruchowe, wzmożenie odruchów ścięgnowych, nastrój przygnębiony, ból głowy, zawroty. Brak fizycznych objawów cierpienia organicznego. Występują szczególne zaburzenia mowy, poznawania przedmiotów i postępowania, które nadają tym przypadkom odrębne piętno. Osłabienie pamięci jest główną skargą podmiotową, występuje ono na jaw przy badaniu postępowania chorego. Zdol-

ność zapamiętywania jest obniżona w wysokim stopniu. Zaburzenia pamięci, uwagi powodują niedostateczne orjentowanie się. Bardzo wybitnie występują zaburzenia pamięci przy nazywaniu przedmiotów. Mamy tu do czynienia z afazją amnestyczną. Występują również agnostyczne zaburzenia: chory źle używa przedmiotów, kredę niesie do ust i t. p.; często spostrzegana bywa apraksja. Powyższe objawy w wysokim stopniu zależne są od ogólnego stanu chorego, pod wpływem podrażnienia przy badaniu występują wybitniej niż kiedy chory jest zostawiony sobie; zwiększają się przy zmęczeniu, zmniejszają po odpoczynku.

Afazja amnestyczna, apraksja, objawy agnostyczne, spostrzegane w tych przypadkach, zależne są, zdaniem autora, od zaburzenia pamięci, uwagi, zdolności zapamiętywania; są one wyrazem ogólnego ciężkiego zaburzenia mózgu, a nie wynikiem sprawy ogniskowej.

Autor zapowiada, że w następnej części swej pracy wykaże, iż podobny zespół objawów zdarza się bez urazu na tle różnych zatruć.

M. MARGULIES. Pupillenanomalien bei Alkoholisten.

Autor podaje liczne i bardzo szczegółowe historje choroby pijaków, u których badał zaburzenia w oddziaływaniu źrenic. Wśród 47 chorych na obłęd opilczy w 10 przypadkach znalazł oddziaływanie źrenic na światło opieszałe, aż do nieruchomości zupełnej. Zaburzenia te były przejściowe i często w związku z napadami padaczkowatymi. W myśl poglądów Bumke'go, autor uważa je jako skutek trującego podrażnienia kory mózgowej. Ale i tam, gdzie napady padaczkowe nie występują, przyczyna mogła by być ta sama. Autor przypuszcza, iż zaburzenia w działalności źrenic są cechą charakterystyczną dla padaczki na tle zatrucia wyskokowego. W przypadkach ostrego pomieszania wyskokowego autor spostrzegał osłabienie oddziaływania źrenic na światło i przyczynę tego zjawiska widzi w podnieceniu chorego. Opieszałość oddziaływania źrenic jest według niego czynnościową, pod wpływem uczucia niepokoju.

W psychozie Korsakowa, w porażeniu na tle wyskokowem, gdzie zatrucie ustroju jest daleko posunięte, zaburzenia w oddziaływaniu źrenic nie są rzadkie i nabierają szczególnego znaczenia ze względu na trudności rozpoznawcze pomiędzy temi cierpieniami a porażeniem postępującem. Na 12 takich przypadków autor znalazł w 8-iu oddziaływanie źrenic na światło opieszałe.

W przypadkach przewlekłego zatrucia wyskokowego z zupełnem wyłączeniem powikłań (kiła, zwapnienie naczyń, urazy, padaczka) nieruchomości źrenic autor nie spostrzegał, a tylko raz oddziaływanie opieszałe.

S. THALBITZER. Helwegs Dreikantenbahn in der medulla oblongata.

Autor na wstępie przypomina, że Helweg, opisując pęczek trójkątny w rdzeniu przedłużonym, przypuszczał, iż jest to tor nerwów naczynioruchowych mózgu. Przypuszczenia swoje opierał głównie na tem, że w chorobach umysłowych, w których górowały objawy w dziedzinie uczuciowej — psychozie manjakalno-depresyjnej — znajdywał włókienka pęczka szczególnie delikatne i wrażliwe na barwienie karminem.

Autor przedsięwziął zbadanie pęczka Helwego przy pomocy bardziej nowoczesnych metod barwienia, niż karmin, mianowicie użył do preparatów metody Weigert-Pal'a. Badania autora wykazały, iż pęczek Helwega w rdzeniu przedłużonym jest w blizkim związku z oliwką rdzenia, że bierze początek w jądrze zębatem dużej oliwki w $^2/_3$ dolnych jej częściach. Włókna pęczka wychodzą z rdzenia z korzeniami ruchowymi 3 — 4, a częściowo może 2 i 5 n. szyjnych, które prowadzą do pierwszego zwoju współczulnego. Co do czynności tego pęczka autor wypowiada przypuszczenie, iż jest ona naczynioruchową i że początek pęczka Helwega t. j. jądro zębate dużej oliwki rdzenia jest ośrodkiem naczynioruchowym. Czy istnieje różnica w budowie pęczka Helwega u chorych na psychozę manjakalno-depresyjną i na czem ta różnica polega, autor jeszcze nic pewnego powiedzieć nie może.

St Suszczyńska.

ZEITS. f. DIE GESAMMTE NEUR. u. PSYCH. 1910.

KROLL. Beiträge zum Studium der Apraxie.

W pierwszym z opisanych przez autora przypadków u 67-letniego alkoholika wystąpił napad udarowy wraz z porażeniem prawostronnem oraz zupełną afazją — po roku objawy ruchowe wyrównały się zupełnie, zaś jako resztki afazji pozostały nieznaczne objawy parafatyczne, wybitne upośledzenie czynności kopjowania i w mniejszym stopniu samoistnego pisania. Objawem głównym była wybitna apraksja wszystkich kończyn, mięśni głowy i szyi, zwłaszcza upośledzone było naśladowanie ruchów, ruchy wyrażeniowe z pamięci oraz poczęści manipulowanie przedmiotami. Sekcja prócz rozlanej miażdżycy tętnic wykazała rozszerzenie bocznych komór oraz torbiel w substancji lewego zakrętu nadbrzeżnego.

W przypadku drugim u 51-letniego mężczyzny po napadzie udarowym wystąpiły ciężkie zaburzenia apraktyczne i słabe objawy afazji ruchowej i czuciowej, lekkie znieczulenie czucia doty-

kowego, mięśniowego oraz stereognostycznego prawej dłoni. Sekcja prócz małego ogniska w obrębie lewego jądra soczewicowatego wykryła większe ognisko w lewej półkuli, zajmujące obręb zakrętu nadbrzeżnego aż do zakrętu kątowego, rozszerzenie komór bocznych zwłaszcza lewej, ubytki tkanki w spoidle wielkiem (po krwotokach) oraz maleńkie krwotoczki w robaku móżdżku.

Przypadek trzeci dotyczy 45-letniego alkoholika, który przeszedł lekki udar po gorącej kąpieli. W 3 miesiące potem rozwinęło się powoli nieznaczne osłabienie kończyn prawych oraz obustronne ciężkie zaburzenia apraktyczne. Jednocześnie wystąpiło ośrodkowe zaburzenie wzroku, które doprowadzilo do zupełnej ślepoty przy normalnym obrazie wziernikowym, oraz słabo wyrażone objawy afazji ruchowej. Początkowo wybitnie rozwinięte objawy apraktyczne przeszły powoli w prawie nieustanną toniczną persewerację. Sekcja prócz nacieczenia i zrostów opony miękkiej wykazała ogniska w drugim zakręcie czołowym po stronie lewej, w lewym zakręcie nadbrzeżnym, w obu kątowych wraz z zniszczeniem wieńca promienistego, makaty i pęczka podłużnego dolnego; prócz tego w prawej półkuli brakowało zupełnie spoidła szarego.

Na specjalną uwagę w 2 przypadkach autora zasługują ogniska w zakręcie nadbrzeżnym: we wszystkich dotychczasowych przypadkach ogólnej wybitnej apraksji znajdowano ogniska w tej okolicy, to też zdaniem autora wiele faktów natury klinicznej i anatomicznej przemawia za tem, że tam właśnie umiejscowione są wyobrażenia kinestetyczne i że dla powstania zjawisk apraktycznych wystarczające jest odcięcie zakrętu środkowego od nadbrzeżnego, nie zaś od wszystkich pozostałych ośrodków obu półkul, jak utrzymywał Liepmann.

STRÄUSSLER. Über Entwicklungsstörungen im Zentralnervensystem bei der juvenilen Paralyse und die Beziehungen dieser Erkrankung zu den hereditären Erkrankungen des Nervensystems.

Z badań autora oraz rozbioru odnośnego piśmiennictwa (Roudoni, Alzheimer, Jansky, Marie) wynika, że wyjątkowe stanowisko postaci młodzieńczej porażenia postępującego w stosunku do porażenia postępującego osobników dorosłych, jej wybitnie wewnątrzpochodny charakter oraz ścisłe pokrewieństwo z cierpieniami dziedzicznemi układu nerwowego: zwłaszcza z wrodzonym zanikiem móżdżku — przekracza granice przypadkowości. Badania przebiegu klinicznego i danych drobnowidzowych 3 przypadków porażenia młodzieńczego wykazuje ponadto, że i w rdzeniu stwierdzić można stale w postaci tej zaburzenia rozwojowe w postaci anomalji kanału środkowe

go oraz heterotopji poszczególnych komórek zwojowych i substancji szarej. Szczególnie interesująca jest kombinacja w jednym z przypadków, który niewątpliwie nosi piętno dziedzicznego przymiotu — młodzieńczej postaci porażenia postępującego z bezładem móżdżkowym dziedzicznym typu Marie'go. Ponadto stara się autor wykazać pokrewieństwo porażenia młodzieńczego z młodzieńczą postacią idjotyzmu amaurotycznego (t. zw. typ Spielmayer'a), których etjologja sprowadza do wspólnego mianownika przymiotu; pokrewieństwa anatomiczne i postaci przejściowe dadzą się przeprowodzić poprzez wrodzony zanik móżdżku, który w niektórych badanych przez autora przypadkach wykazuje charakterystyczne dla choroby Tay-Sachs'a zmiany w komórkach, pozatem w wyrostkach komórkowych w porażeniu młodzieńczem stwierdził autor wzdęcia bardzo zbliżone do tych, jakie spotykamy w idjotyzmie amaurotycznym. Dane powyższe upoważniają autora do wniosku, że porażenie postępujące, zależne od przymiotu dziedzicznego, pod względem klinicznym i anatomicznym pozostaje w ścisłym związku z cierpieniami dziedzicznemi układu rdzeniowo-móżdżkowego, zaś w dalszej linji z młodzieńczą postacią idjotyzmu amaurotycznego, jako powstałe na tle wadliwego usposobienia ośrodkowego układu nerwowego; przeto porażenie postępujące powstałe na tle przymiotu dziedzicznego, należy, jako „postać dziedziczną", ściśle odróżniać od zwykłej postaci powstałej na tle przymiotu nabytego. T. zw. postać młodzieńczą, która w niektórych przypadkach rozwinąć się może i po 30 roku życia, od zwykłej odróżnia nie wiek chorego, lecz fakt, czy rozwinęła się ona na tle przymiotu dziedzicznego czy nabytego.

MUGDAN. Zirkuläres und alternirendes Irresein.

Z analizy materjału kliniki fryburgskiej (z lat 1887—1909) wynika, że liczba zwykłych i okresowych manji i melancholji wybitnie przerasta liczbę istotnych psychoz okresowych i że o ile istnieje skłonność do nawrotów manji lub melancholji, to prawdopodobieństwo jednoimiennego nawrotu chorobowego jest znacznie większe, aniżeli nawrotu różnoimiennego. W materjale wspomnianym przeważa znacznie element kobiecy (72% na 27%), co tłomaczy się wybitną skłonnością kobiet do wahań nastrojowych.

Dziedziczność występowała tu w sposób niezmiernie wyraźny i przytem dziedziczność różnoimienna—charakterystyczne jest, że w żadnym z przypadków nie stwierdzono w rodzinie otępienia wczesnego. Przebieg, początek i zejście choroby pozwoliły autorowi z całego materjału wyodrębnić dwie grupy: psychozę okresową w ścisłem znaczeniu oraz naprzemienną. Na tę ostat-

nią grupę składają się przypadki, w których kilkakrotnie, najmniej dwa razy w życiu, występowały cierpienia, wykazujące postać czystej manji lub melancholji bez jakiejkolwiek domieszki objawów zespołu naprzeciwległego, podczas gdy przy istotnej psychozie okresowej prawie w każdym napadzie spotykamy okresy zarówno manjakalne jak i depresyjne. Urojenia i omamy zmysłowe spotykał autor daleko częściej u chorych naprzemiennych wraz z rozwiniętemi cechami psychozy wzruszeniowej, które u chorych okresowych występują tylko w postaci zacządkowej. Co się tyczy rokowania to psychoza naprzemienna jest według autora cierpieniem o dobrem rokowaniu, przebiegającem z ciężkimi objawami, zaś psychoza okresowa jest cierpieniem, przebiegającem wprawdzie z objawami słabszymi, lecz posiadającem rokowanie bardzo wątpliwe.

MERZBACHER i UYEDA. Gliastudien. Das reaktive Gliom und die reaktive Gliose.

Opis przypadku, w którym u młodzieńca w kilka lat po urazie głowy rozwinęły się napady padaczkowe, później zaś objawy nowotworu mózgowia. Na sekcji stwierdzono nowotwór, który wystawał z prawej strony z po za brózdy Sylwjusza, po za tem drugi nowotwór mniejszy w postaci podkowy, który pozornie nie miał styczności z pierwszym. Przy badaniu drobnowidzowem nowotwór umiejscowiony bardziej ośrodkowo okazał się czystym mięsakiem, podczas gdy bardziej obwodowo położony nowotwór, przewyższający poprzedni mniej więcej wtrójnasób, okazał się glejakiem, składającym się wyłącznie z komórek i włókien gleju. Niezależność obu nowotworów jest tylko pozorna, gdyż przy badaniu drobnowidzowem okazuje się, że pomiędzy mięsakiem a glejakiem przebiega wązki pas mieszany, w którym znajdują się elementy mięsakowe obok glejowatych. W pasie tym i w bliskiej okolicy mięsaka wykazuje budowa glejaka charakter nieco odmienny niż w innych częściach a mianowicie mieszaninę wybitnie zwyrodniałych elementów glejowatych z takiemi elementami w okresie silnego bujania. Autorzy przychodzą do wniosku, że mamy tu do czynienia z szczególnem połączeniem mięsaka i glejaka — przytem jednak nie z postacią mieszaną w zwykłem znaczeniu tego wyrazu. Mięsak najprawdopodobniej powstał tu pierwotnie z opony miękkiej i stał się bodźcem do wtórnego bujania gleju; glejak jest przeto zjawiskiem reakcyjnem na mięsak.

Analiza niniejszego przypadku zniewala autorów do zmiany poglądu na pojęcie glejo-mięsaka, które obecnie pokrywa najróżnorodniejsze zjawiska. Glejo-mięsaki w znaczeniu nowotworu mieszanego są bez porównania rzadsze aniżeli to się zazwyczaj wydaje — należy odróżniać od nich przypadki rozwoju gle-

jaka, jako reakcji na mięsak, następnie przypadki glejaków bardzo bogate w komórki i wreszcie mięsaki, w których nastapiło skąpe wytworzenie się gleju w sposób nienowotworowy. Reakcyjne wytwarzanie się glejaków jest w związku z reakcyjną gljozą, nie posiadamy jednak dzisiaj jeszcze dostatecznych danych histopatologicznych dla zasadniczego odróżniania gljozy od glejaka. Uderzającą skłonność do bujania gleju w opisanym przypadku sprowadzają autorzy do szczególnego usposobienia wrodzonego (wspominają nawet o djatezie glejowatej) podobnie jak to przypuszczamy w stwardnieniu wieloogniskowem, syringomyelji, t. zw. stwardnieniu mózgu i stanach pokrewnych. Przypadek badany był podaną przez Merzbacher'a metodą barwienia gleju (ług sodowy, Victoria-blau).

SPIELMEYER. Zur Frage vom Wesen der paralytischen Stirnerkrankung.

Przypadek dotyczy 41-letniego chorego, u którego na 4 tygodnie przed śmiercią stwierdzono niewątpliwe objawy porażenia postępującego: nieruchomość źrenic, urojenia wielkości, głupkowate, dziecinne zachowanie się, depresję wraz z przemijającem osłupieniem i odmawianiem przyjmowania pokarmów oraz towarzyszące objawy wiądu. Przy badaniu mózgu stwierdzono tylko w ograniczonych obrębach zmiany typowe dla porażenia postępującego (nacieczenie komórkami plazmatycznemi również i naczyń włoskowatych, komórki pałeczkowate, obrzmienie i bujanie śródbłonka naczyń), podczas gdy w innych obrębach zmiany nacieczeniowe były rozwinięte jeszcze bardzo nieznacznie lub też brak ich było zupełnie. Lecz nawet i w tych okolicach, które bardzo słabo były dotknięte przez zmiany zapalne, można było stwierdzić zmiany w elementach nerwowych a nawet gleju — miejscami nawet w stopniu silniejszym niż w miejscach dotkniętych nacieczeniem zapalnem. Przypadek ten potwierdza pogląd, że zmiany zwyradniające w tkance kory mózgowej nie są bynajmniej skutkiem zmian zapalnych, lecz że rozwijają się od nich niezależnie i częstokroć nawet chronologicznie je poprzedzają.

PÖTZL i SCHÜLLER. Ueber letale Hirnschwellung bei Syphilis.

Praca niniejsza zawiera dokładny opis kliniczny i badanie anatomiczne dwóch przypadków przymiotu mózgu, w których badanie pośmiertne prócz swoistych zmian mózgowych stwierdziło rzadkie a po raz pierwszy wykryte przez Reichardt'a zjawisko częściowego obrzmienia mózgu. Przypadek pierwszy przebiegał klinicznie pod postacią szeregu napadów padaczkowych, następnie jako choroba umysłowa zbliżona do katatonji, później jako epilepsia continua — wszystko to przery-

wane było długotrwałemi zwolnieniami. Do przyczyn usposabiających należy zaliczyć w przypadku tym zgrubienie kości czaszki oraz cierpienie wyściółki komór mózgowych w pierwszym okresie przymiotu; zbiegają się one tu z ostrą sprawą zapalną mózgowia (encephalitis haemorrhagica), którego pierwotny moment wywołujący nie został wyjaśniony.

Przypadek drugi klinicznie rozpoczął się pod postacią psychozy o charakterze przedłużonego delirium alkoholowego, w którego przebiegu dopiero doszło do status hemiepilepticus. Momentu usposabiającego mózg do obrzmienia szukać tu należy w cierpieniu miejscowem, mianowicie w przewlekłych zapalnych zgrubieniach opony twardej w obrębie prawego zrazu ciemieniowego wraz ze zrostami półkuli z oponami; sprawy ostrej, prowadzącej do wzmożenia się ilości płynu tkankowego, doszukiwać się należy w cierpieniu ogólnem, które na czas długi poprzedziło status hemiepilepticus. Odpowiednio do miejscowego, ogniskowego charakteru usposabiających do obrzmienia zmian mózgowia i samo obrzmienie jest tu miejscowe, ograniczone: dotyczy ono prawej półkuli mózgowej i odpowiada narówni z napadami padaczkowymi stronie ogniska; równolegle z nią występuje jednostronne obrzmienie skrzyżowanej połowy móżdżku.

Przypadki niniejsze wykazują, że ostre obrzmienne mózgu, którego związek przyczynowy z napadowemi cierpieniami mózgu został teoretycznie wyprowadzony przez Spotzer'a i stwierdzony następnie przez Reichardt'a — wymaga dwóch zasadniczych momentów przyczynowych: trwałego usposobienia mózgu do obrzmienia oraz ostrej sprawy, wzmagającej ciśnienie wewnątrzczaszkowe. Usposobienie mózgu do obrzmienia sprowadza się w głównych zarysach do wykrytych przez Reichardt'a momentów sprzyjających nierównomierności pomiędzy pojemnością czaszki a objętością mózgu (wrodzone lub nabyte anomalje kostnych lub łącznotkankowych otoczek mózgowych, wrodzone lub nabyte anomalje objętości mózgu), zaś wzmożenie się ciśnienia wewnątrzczaszkowego może być powodowane przez każdą sprawę, zwiększającą ilość płynu w mózgu i jego przestrzeniach chłonnych — ostry stan zapalny, toksyczne przekrwienie mózgu i t. d. Interesujący jest fakt, że skrzyżowane obrzemienie mózgu i móżdżku w przypadku drugim przeszło, po utrwaleniu materjału w formalinie, w sztuczną marskość tych samych części, jasnem jest przeto, że obrzmiałe tkanki w odpowiednich szczególnych warunkach oddały z wzmożoną łatwością swą zawartość płynu; pomarszczone figury komórek Purkinje'go w okolicach móżdżku uległych obrzmieniu wykazują dobitnie, że w tej wzmożonej utracie wody udział brały i komórki tkanki nerwowej. Okazuje się więc, że badanie histologiczne posiada ważne znaczenie dla te-

orji obrzmienia mózgu. Według autorów fizykalno-chemiczne warunki obrzmienia mózgu polegają na wzmożonej skłonności do pęcznienia koloidów tkankowych, w której to sprawie ważną rolę odgrywa nagromadzenie kwasów i innych substancji, wzmagających pęcznienie koloidów (zaburzenie krążenia, pewne zatrucia, zmęczenie a zwłaszcza współrzędność tego rodzaju momentów).

Wł. Sterling.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZ. LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

POSIEDZENIA SEKCJI NEUROLOGICZNO-PSYCHJATRYCZNEJ.

POSIEDZENIE D. 18 CZERWCA 1910 r.

1. Łapiński S. Przypadek zwyrodnienia padaczkowego (?).
2. Jaroszyński.
   a) Przypadek padaczki, powikłanej histerją z zaburzeniami ruchowemi.
   b) Przypadek bezwładu postępującego czy też stwardnienia wieloogniskowego.
3. Higier.
   a) Przypadek nowotworu rdzenia.
   b) Przypadek atetozy samoistnej, powstałej w wieku młodzieńczym.

4) Sterling.
   a) Przypadek drżenia połowiczego.
   b) Przypadek ophtalmoplegiae chronicae progressivae.

5) Kopczyński St.
   a) Przypadek peripachymeningitidis spinalis acutae purulentae. (Pokaz preparatu).
   b) Przypadek nowotworu móżdżku. (Pokaz preparatów).

I. T. ŁAPIŃSKI przedstawia 31 letniego mężczyznę, u którego występują od czasu do czasu napady o charakterze padaczkowym, a jednocześnie istnieją wybitne przejawy zwyrodnienia. W wywiadach alkoholizm u rodziców. Już w dzieciństwie zdradzał charakter zły. Uczyć się nie chciał, lubił dręczyć zwierzęta, którym nieraz wydrapywał oczy, łżył starszych, zdradzał pociąg do wódki. Później próbował nauki w rozmaitych rzemiosłach; uczył się szewstwa, garbarstwa, bronzownictwa; wszędzie wkrótce bywał wydalany. Przez pewien czas pozostawał u ojca, pracując dorywczo; unosił się o byle co, rozbijał sprzęty, bił ludzi, wynosił z domu rozmaite rzeczy, zastawiając je lub rozdając byle komu; pewnego razu próbował wypróżnić się w swój kapelusz na ulicy wobec tłu-

mu spacerujących; innym razem rzucił w Dolinie Szwajcarskiej krzesłem w kapelmistrza za to, iż ten nie chciał zagrać pewnego walca. W 1903 r. dostał się do więzienia za kradzież a stamtąd do szpitala Jana Bożego na obserwację. Ze szpitala uciekł i upił się. W domu zemdlał, po jakimś czasie zaczął biegać po pokoju, rozbijać sprzęty, próbował wyskoczyć przez okno, wreszcie ugryzł rewirowego. Oprzytomniał dopiero w cyrkule; kilka dni bolała go głowa.

3.VI.1909 w stanie nietrzeźwym wskakuje z mostu do Wisły; aresztowany zachowywał się w więzieniu niespokojnie, bił otaczających, podpalił siennik. Przewieziony został do szpitala Jana Bożego. W szpitalu wpadał często w stan znacznego podniecenia, po którym występowało zwykle przygnębienie, trwające niedługo; szybko wracało wzmożone samopoczucie, ruchliwość, wielomówność, wesołość, skłonność do wybryków i t. d. W szpitalu kilkakrotnie występowały napady o charakterze padaczkowym — utrata przytomności, padanie, drżenie, prężenie ciała, oddawanie moczu pod siebie, następcza utrata pamięci. Od czasu do czasu podniesienie ciepłoty ciała bez widocznej przyczyny.

Ł. uzależnia istniejące u chorego zaburzenia psychiczne (niedorozwój umysłu i uczuć moralnych) od padaczki.

II. JAROSZYŃSKI przedstawia: a) Przypadek padaczki, powikłanej histerją z zaburzeniami ruchowemi.

Chora lat 22, dziedzicznie nie obarczona. W dzieciństwie miewała parę razy omdlenia bez drgawek. Od lat 6-ciu cierpi na zdrętwienie i uczucie „pulsowania w prawej ręce", które trwało od paru dni do paru tygodni i przechodziło. 2 lata temu napad padaczkowy typowy, poczem wystąpiło osłabienie władzy w prawej ręce wraz z bolesnem zdrętwieniem, trwające parę tygodni. Nawrotów podobnych miała kilka, ostatni trwa od 8 tygodni, w ciągu którego miała kilka napadów padaczkowych. Obecnie jednak przeważnie dokuczają bardzo bolesne parestezje w ręce prawej, tak że, bojąc się je wywoływać, nie porusza wcale prawą ręką.

Badanie: żadnych zmian ze strony odruchów, czucia; ruchy bierne w prawej ręce bolesne, ruchy czynne utrudnione z powodu obawy wywołania bólu, nadto obrzęk na grzbiecie ręki wraz z nieznacznem obniżeniem ciepłoty. Niema tu porażenia, tylko rodzaj „akinesia algera", umiejscowionej w jednej kończynie. Mówca rozpoznaje padaczkę z nietypowymi bardzo nasilonymi objawami czuciowymi, które skłaniają chorą do nieporuszania ręką; objaw ten jest wyrazem przeczulenia chorej, o charakterze prawdopodobnie histerycznym. Obrzęk jest zjawiskiem wtórnem, występującem na skutek nieporuszania kończyną w ciągu paru tygodni.

(Streścił mówca).

W dyskusji Łapiński zapytuje J., dla czego rozpoznaje w swym przypadku powikłanie histerją. Bóle, parestezje mogą występować przed i po atakach padaczkowych, toż samo można powiedzieć o niedowładach,

względnie o obrzękach. Według Ł. istnienie padaczki dostatecznie objaśnia spostrzegane objawy.

Sterling zaznacza, iż nie przedstawiono tu żadnych objawów, przemawiających za istnieniem histerji; parestezje chorej są czemś realnem i istotnie dotkliwem i dostatecznie tłomaczą nieposługiwanie się przez chorą dotkniętą kończyną. Gdyby chcieć tego rodzaju przypadki zestawiać z akinesia algera, to należałoby do tej samej kategorji odnieść przypadki ostrego gośćca stawowego, w których chory nie porusza kończynami na skutek bólu. Obrzęk w przypadku tym posiada tło niewątpliwie organiczne.

Higier zwraca uwagę, że w błędzie są ci przedmówcy, którzy uważają w danym przypadku histerję za absolutnie wyłączoną, a padaczkę za typową. Więcej danych przemawia tu za histerją; przebieg—kilkakrotne powstawanie i znikanie przed laty tegoż stanu — również nie wyłącza jej. Natomiast napady kilka miesięcy trwających parestezji jednej kończyny wcale nie należą do typowej — epilepsie sensitive. Rosyjscy neurolodzy ochrzcili te niezwykłe stany przez epilepsia continua. Niewyłączonem jest, że właśnie na tle przemijających sensacji padaczkowych wytworzyło się stałe porażenie wrzekome histerycznej natury.

Kopczyński St. zna chorą od kilku lat i twierdzi, że całe zachowanie się chorej nie pozwala wyłączyć istniejącej równorzędnie z padaczką histerji; nieznaczne sensacje podmiotowe wywołują u chorej obawę ruchu; obrzęk uważa za objaw wtórny, zależny od niekorzystnego dla naczyń krwionośnych ułożenia kończyny.

Flatau uważa przypadek za padaczkę, przeważnie czuciową i podkreśla obecność obrzęków, które mogą niekiedy występować w przypadkach częstej padaczki Jackson'owskiej na tle organicznem, co w danym przypadku oczywiście jest wyłączone; w danym przypadku uważać je należy za objaw zaburzeń naczynioruchowych, spotykanych u neuropatów.

Bornstein przytacza spostrzegany przez siebie przypadek kombinacji histerji z padaczką. Przykurczenie lewej ręki u tej chorej było pochodzenia histerycznego, zaś pozatem istniało zwyrodnienie padaczkowe psychiczne, petit mal i t. d.

Koelichen zaznacza, że obrzęku dłoni w przypadku tym nie można objaśniać zaburzeniami w krążeniu na skutek braku ruchu w kończynie. Obrzęk ten posiada wszelkie cechy zaburzenia naczynioruchowego; obrzęknięta kończyna jest ciastowata, przypomina zupełnie main succulante, ciepłota kończyny jest znacznie wyższa, aniżeli kończyny zdrowej, przytem obrzęk dłoni kończy się dość ostrą linją w okolicy stawu napięstkowego, podczas gdy przy obrzęku zastoinowym obrzęk zmniejszałby się stopniowo.

Jaroszyński odpowiada, że sama padaczka nie wystarcza do wytłomaczenia objawów w kończynie prawej; padaczka czuciowa nigdy nie daje tak dokuczliwych sensacji, które by wywoływały niemożność poruszania kończyną; objaw ten jest wyrazem przeczulenia układu nerwowego,

prawdopodobnie o charakterze histerycznym, na co wskazuje ogólne zachowanie się chorej. Co zaś do obrzęku, to zależy on od nieporuszania kończyną, na co wskazuje fakt, że gdy u chorej przechodzą parestezje i władza w ręku wraca, to i obrzęk ginie, co się zdarzało parę razy. Na możność występowania obrzęków wtórnych pod wpływem długotrwałego porażenia wielokrotnie wskazywał Babiński (praca o zanikach w histerji).

b) Przypadek bezwładu postępującego czy też stwardnienia wieloogniskowego.

Chory lat 28, dziedzicznie nie obarczony, doznał 6 lat temu silnego urazu, poczem cierpiał na bóle głowy. Pijał mało. Przymiot zaprzecza. Objawy chorobowe od półtora roku: trzęsienie rąk i nóg, po paru miesiącach zaburzenia mowy. Nieco później drgawki z utratą przytomności przeciętnie raz na tydzień. Przedmiotowo: narządy wewnętrzne bez zmian, porażeń niema, odruchy ścięgnowe wzmożone, obustronny objaw stopowy, odruchu Babińskiego brak. Odruchy brzuszne zachowane. Drżenie rąk w spokoju i przy ruchach, o charakterze przeważnie zamiarowym. Mowa b. zmieniona: przestawianie wyrazów, zacinanie się, drżenie warg i języka. Dno oka bez zmian (Endelman). Zaburzeń inteligencji niema. W płynie mózgowo-rdzeniowym limfocytozy niema. Mówca waha się pomiędzy rozpoznaniem porażenia postępującego (mowa dyzartryczna typowa) lub stwardnienia wieloogniskowego, przeciwko któremu przemawiają: brak odruchów brzusznych, brak drżenia gałek ocznych, mowa nietypowa. Napady drgawek prawdopodobnie o charakterze padaczkowym.

(Streścił mówca).

Sterling przemawia za rozpoznaniem stwardnienia wieloogniskowego, uważając rozpoznanie bezwładu postępującego w przypadku tym za niedopuszczalne (brak objawów źrenicznych, limfocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym, zaburzeń inteligencji). Sama mowa, jakkolwiek nie jest typowa dla stwardnienia, posiada jednak odcień skandowania, nie wykazuje przytem wyraźnie paralitycznego przestawiania sylab.

Bornstein sądzi również, że mamy tu do czynienia z stwardnieniem rozsianem.

Wizel podnosi częstość otępienia w stwardnieniu wieloogniskowem.

Łapiński nie widzi w danym przypadku żadnych cech, przemawiających za porażeniem postępującem.

Kopczyński z naciskiem podkreśla jako niezwykłe dla stwardnienia wieloogniskowego: takie objawy, jak mowa paralityczna, napady padaczkowe, drżenie włókienkowe warg, języka i drżenie nieustanne nawet w spokoju rąk, pozatem brak zaniku nerwów ocznych i obecność odruchów brzusznych, które to objawy dość wcześnie w stwardnieniu wieloogniskowem zwykły występować.

Flatau twierdzi, że mowa chorego raczej przypomina chorych na stwardnienie wieloogniskowe; jako objaw niezwykły podnosi drobne cią-

głe drżenie rąk. Uraz w wywiadach przemawiałby również za stwardnieniem wieloogniskowem.

Męczkowski przypomina o urazie, jako częstym momencie przyczynowym stwardnienia wieloogniskowego.

Higier nie sądzi, aby wolno było w danym przypadku tak stanowczo wyłączyć bezwład postępujący rzeczywisty lub alkoholiczny. Mowa nosi niewątpliwie obok cech skandowania cechy dyzartrji i przestawiania sylab. Ma słuszność kol. Kopczyński, który podkreśla obecność drżeń języka i stałych drgań mięśni twarzy, zwłaszcza wargi dolnej i podbródka.

Jaroszyński odpowiada: rozpoznanie w danym przypadku jest trudne, jak to dyskusja wskazuje. Gdyby to był w rzeczy samej przypadek stwardnienia wieloogniskowego, to wówczas zasługiwałby on na uwagę ze względu na nietypowe zaburzenia mowy.

III. H. HIGIER przedstawia: a) przypadek nowotworu rdzenia.

25-letni mężczyzna pochodzi ze zdrowej rodziny. Sam nigdy poważnie nie chorował. Od 12 lat stopniowo powiększające się bezbolesne skrzywienie kręgosłupa. Od pół roku czuje stopniowo wzmagające się osłabienie nóg, zwłaszcza lewej, oraz bóle nieznaczne w prawej nodze. Od 2 miesięcy osłabły czynności pęcherza i odbytnicy.

Pacjent dobrze odżywiany bez oznak przebytego przymiotu i bez uchyleń w narządach wewnętrznych. Kręgosłup w średniej części grzbietowej wykazuje znaczne skrzywienie boczne lewostronne. Lewa łopatka odstająca i odchylona na zewnątrz. Brak bolesności kręgosłupa przy opukiwaniu i przy obciążaniu. Okolica lewej łopatki nadmiernie owłosiona i pokryta brunatno zabarwionemi plamami. Niedowład lewej nogi i zanik równomierny wszystkich jej mięśni. Różnica w objętości uda wynosi 9 ctm., w objętości podudzia — 4 ctm. Nieznaczny bezład ruchów tejże kończyny przy zamkniętych oczach. Czucie wszelkiego rodzaju, a zwłaszcza bólowe i cieplikowe, osłabione na prawej kończynie dolnej i prawej stronie tułowia do wysokości łopatki, na lewej czucie zachowane z wyjątkiem pasa, obejmującego przestrzeń między skrzywieniem kręgosłupa a okolicą pępkową. Zmysł mięśniowy zniesiony w stawach obu stóp. Lewa noga zimniejsza i bardziej wrażliwa na zimno od prawej. Chory poci się bardzo obficie górną, prawie wcale nie dolną połową ciała. Odruchy ścięgnowe bardzo żywe po lewej stronie (clonus pedis, epiepsia spinalis, objaw Babińskiego), odruchów brzusznych i jądrowych niema, podeszwowy prawy prawidłowy, lewy żywy. Odruch łopatkowy (infraspinatusreflex) z obu stron zachowany.

Dermografizm obustronny, wzmagający się od pępka ku dołowi. Pobudliwość elektryczna zmniejszona w uległych zanikowi mięśniach. Osłabienie czynności płciowych, zaburzenia ze strony pęcherza i odbytnicy.

Wyłączając — ze względu na brak zmienności obrazu oraz brak objawów ze strony górnej połowy ciała i mózgowych — sprawy syfilityczne i stwardnienie wieloogniskowe, Higier zastanawia się nad chorobami

miejscowemi, ograniczonemi. Brak bólów, gorączki, wychudnienia pozwala wyłączyć sprawy zapalne kośćca (caries) i nowotworowe kręgów oraz opon rdzeniowych. Najprawdopodobniejszą jest sprawa guza rdzenia (glioma), wychodzącego z lewej połowy jego na wysokości 5 — 8 odcinka. Ze względu na skrzywienie boczne kręgosłupa, łopatkę mocno odstającą, owłosienie i pigmentację tej okolicy, należy pamiętać o powikłaniu gliomatozy z rzadką postacią gliozy (syringomyelia lumbo dorsalis), oddawna skrycie rozwijającą się.

(Streścił mówca).

W dyskusji Sterling zaznacza, iż zmiany w kręgosłupie w przypadku niniejszym należy uważać nie za pierwotne, lecz za wtórne, sprawę zaś samą za wewnątrz rdzeniową. Wobec tego, że jednem ogniskiem wszystkich objawów objaśnić tu nie można, przypuścić należy najprawdopodobniej nie nowotwór, lecz syringomyelję.

Bregman twierdzi, że objawy Brown'Séquard'a w przypadkach gliozy rdzeniowej do rzadkich nie należą; godnemi zaznaczenia w danym przypadku są wcześnie powstałe zaburzenia odżywcze.

Bychowski podkreśla posuwanie się sprawy chorobowej od środka rdzenia ku obwodowi. Zdaniem B. lewa połowa twarzy przedstawia się nieco szczuplejszą.

Higier z zadowoleniem stwierdza, że wszyscy biorący udział w dyskusji zgadzają się z tem, że rozpoznanie dotychczas przez ordynujących lekarzy stawiane (caries c. myelitide ve compressione) jest błędne i że raczej o gliozie lub gliomatozie mówić należy. Bardzo szybki rozwój porażenia dolnych kończyn zdaje się przemawiać za ostatniem, poprzedzające kilkanaście lat temu skrzywienie kręgosłupa za pierwszem przypuszczeniem. Z tego też względu prelegent uważał za stosowne mówić o powikłaniu, względnie nierzadkiem, gliozy z gliomatozą. Dalsza obserwacja rozstrzygnie tę kwestję ostatecznie.

b) Przypadek samoistnej atetozy obustronnej, powstałej w wieku młodzieńczym.

26 letni mężczyzna. Wywiady rodzinne niedostateczne. Poród był podobno ciężki. W 2-m roku życia zaczął chodzić i mówić. Choroba, zdaniem pacjenta, zaczęła się w 16 roku życia, atoli z wywiadów wynika, że już w szkole zwracał uwagę kolegów jego chód i ruchy niezgrabne. Był jednak w stanie do 16 r. życia chodzić godzinami bez oparcia i podnosić ciężary, czego obecnie nie potrafi. Choroba wogóle postępuje stale. Stan obecny. Niedowład lewej połowy ciała, zwłaszcza twarzy. Mięśnie twarzy i karku stale wykonywują ruchy mimowolne. W spokoju ruchy łagodnieją, we śnie znikają, podczas wzruszeń psychicznych, zwłaszcza przestrachu, potęgują się. Chód niezwykły, niedowładny i bezładny. Nadmierne wyprostowanie i zginanie palców przy ruchach dowolnych, nagół dobrze zachowanych. Czynność mięśni jednej połowy twarzy i szyi stale wywołuje kurcz przeciwległej strony. Ruchy boczne gałek ocznych nie-

możliwe bez jednoczesnego wykrzywienia głowy lub przechylenia tułowia. Lewa ręka wykonywa ruchy współrzędne, ilekroć prawa ręka lub noga się rusza. Napadowe skurcze (spasmus mobilis s. intermittens) różnych grup mięśniowych (np. przy szyciu, przy wyjmowaniu pieniędzy z kieszeni) bardzo mu przeszkadzają w czynnościach. Współruchy, nader wybitne przy jedzeniu, w mięśniach mimicznych, w platysma myoides, digastricus, scaleni, sternocleidomastoideus, rectus capitis, longus capitis, longus colli oraz w mięśniach kości gnykowej. Mowa wybuchowa, dyzartryczna, przerywana, jąkliwa. Odruchu Oppenheima niema. Sfera czuciowa, odruchowa i intelektualna nietknięte. Chory narzeka na osłabienie pamięci w ostatnich czasach. Skurcze, ruchy i współruchy dowolne, rytmiczne i rozległe potęgują się w ostatnich latach zimą.

W rozpoznaniu różniczkowem Higier, odrzuciwszy pląsawicę przewlekłą Hungtingthona i maladie des tics Gilles de la Tourette'a, na zasadzie rytmu, powolności i rozległości ruchów mimowolnych, współruchów, skurczów przepuszczających, nadmiernego wyprostowania palców, niedowładu połowiczego i zachowania inteligencji, rozpoznaje atetozę. Ciekawe są w danym przypadku: 1) obustronność atetozy, 2) niezwykłe umiejscowienie, przeważnie w mięśniach twarzy, karku, oddechowych i artykulacyjno-fonacyjnych, 3) brak wyraźnej etiologji, 4) przewlekły i postępujący przebieg choroby, rozpoczynającej się nie od urodzenia, lecz w wieku późno-dziecięcym lub młodzieńczym. Postać ta jest blisko spokrewniona, również jak poprzednio w r. 1908 i 1909 przedstawione 4 przypadki atetozy endogennie powstałej, z diplegia cerebralis i chorea chronica.

(Streścił mówca).

W dyskusji Bornstein sądzi, że za athétose double, zaś przeciw chorea chronica przemawia ta okoliczność, że chory w spokoju nie wykonywa prawie żadnych ruchów, mimo że tyle oczu jest na niego zwróconych, czego w pląsawicy nie spotykamy; natomiast, kiedy chory wykona jakikolwiekbądź ruch, w tej chwili występuje cały kalejdoskopowy obraz ruchowy. Zresztą stwierdzić należy nieprzezwyciężone często trudności, jakie istnieją dziś jeszcze w rozpoznawaniu różniczkowem między chorea chronica progressiva a athétose double.

Koelichen przypuszcza, że rozpoznania pląsawicy przewlekłej w przedstawionym przypadku odrzucić nie można. Ruchy chorego są bardzo obszerne, przypominają zupełnie ruchy pląsawicze, natomiast w spokoju brak charakterystycznych dla atetozy powolnych ruchów w palcach. Co się tyczy zaburzeń inteligencji, to są one również typowe dla atetozy jak i dla pląsawicy przewlekłej, wobec tego brak tych zaburzeń nie może rozstrzygać rozpoznania.

Sterling podkreśla brak objawów porażenia oraz wybitne wzmaganie się hyperkinezji podczas mówienia, sądzi, że dokładne badanie wykryłoby w tym przypadku zmiany inteligencji. Nie sądzi, ażeby można było wyłączyć pląsawicę przewlekłą postępującą.

F l a t a u sądzi, iż nie mamy zupełnej pewności, że w dzieciństwie objawów atetozy chory nie przedstawiał. Tego rodzaju przypadki wymagają obserwacji od pierwszych lat życia, ażeby uprawniały do stwarzania pewnych jednostek chorobowych.

H i g i e r twierdzi, że znaczna część opisanych przed laty z Salpetrière przypadków pląsawicy przewlekłej, między innemi spostrzeżenia z monografji M i c h a i l o w s k i'ego, okazały się przy dokładnej analizie atetozą obustronną. Brak zaburzeń intellektualnych wcale nie mówi przeciw atetozie, natomiast przemawiają za nią połowicze niedowłady. Wewnątrzustrojową prelegent nazwał ją z tego względu, że się zaczęła rozwijać stopniowo, w wieku dziecięcym lub młodzieńczym, bez objawów ostrych i że postępuje stale, wbrew temu, co widzimy przy atetozie pozapalnej, post encephalitidem przy t. zw. hemiplegia spastica infantilis. Ruchy atetotyczne, opisywane przy sprawach obwodowych i rdzeniowych, stanowią zupełnie odrębną grupę.

IV. STERLING przedstawia a) p r z y p a d e k d r ż e n i a p o ł o w i c z e g o.

Mniej więcej 10 miesięcy temu chory, obecnie 40-letni, zauważył, że zaczyna trząść mu się prawa noga, począwszy od uda aż do stopy. Drżenie to wystąpiło nagle bez żadnego zewnętrznego powodu, bez jakiegokolwiek urazu fizycznego lub psychicznego. Następnego dnia wystąpiło takie same drżenie w prawej kończynie górnej — i tegoż dnia zauważył chory, że prawe kończyny są nieco słabsze, prawą dolną mianowicie jakoby zaczął pociągać podczas chodzenia, zaś prawą górną od tego czasu wogóle przestał się posługiwać. Osłabienie to w przeciągu całego okresu choroby podobno nie uległo żadnej zmianie. Chory sam twierdzi z całą stanowczością, że drżenie w przeciągu ostatnich 10 miesięcy podczas czuwania n i e u s t a ł o a n i n a j e d n ą c h w i l ę. Podczas wzruszenia (gniewu, niepokoju) drżenie podobno wzmaga się. Głowa ani tułów nigdy podobno nie biorą udziału w drżeniu. Po za tyfusem w dzieciństwie nigdy nie chorował. Brak obarczenia dziedzicznego.

Przedmiotowo w układzie nerwowym po za nieznacznem bardzo osłabieniem kończyn prawych bez określonego typu — niema żadnych objawów patologicznych. Odruchy ścięgnowe obustronnie jednakowo umiarkowanie żywe, czucie dokładnie zachowane. W prawej kończynie górnej widać nieustanne drżenie, ogarniające całą kończynę: objaw ruchowy drżenia polega na przywodzeniu ramienia, zginaniu przedramienia i jednoczesnem zbliżaniu go do klatki piersiowej oraz na ruchach bocznych w stawie napiąstkowym: rozległość ruchów jest bardzo duża, są one jednak niezbyt szybkie — zwiększają się podczas ruchów dowolnych, zwłaszcza zamiarowych. Takież same drżenie o jednakowym charakterze wykazuje i prawa kończyna dolna: objaw ruchowy polega tu na skrócaniu kończyny w stawie biodrowym i kolanowym oraz na zginająco-rozginających ruchach w stawie skokowym. Długotrwała obserwacja szpitalna wykazała, że drżenie to po za snem (podczas którego znika) jest istotnie nieustanne, że podczas wzruszenia i ruchów zamiarowych wzmaga się i że

odwrócenie uwagi wywiera wpływ tylko bardzo nieznaczny na zmniejszenie się jego natężenia; obserwacja ta wykazała dalej zupełną bezskuteczność najrozmaitszych zabiegów psychoterapeutycznych (suggestja, hypnoza, psychoanaliza, ukryta suggestja pod postacią elektryzacji, masażu, gimnastyki i t. d.). Dodać należy, że psychoanaliza nie zdołała wykryć u chorego naszego ani urazu seksualnego ani wyraźnych cech kompleksu. Ponieważ przypuszczenie jedynego cierpienia organicznego, jakie może tu wchodzić w grę, a mianowicie—h e m i p a r a l y s i s a g i t a n s, nie da się uzasadnić (brak jakichkolwiek objawów po za nietypowem drżeniem, specjalnie zaś brak wzmożonego napięcia) należy więc przyjąć jakąś sprawę czynnościową o nieznanym bliżej charakterze.

(Streścił mówca).

W dyskusji H i g i e r, streszczając dane anamnestyczne i kliniczne przedstawionego chorego, którego zna od pierwszej chwili powstawania choroby, dowodzi, że obecnie jest niemożliwą rzeczą postawić zadawalniające rozpoznanie. Tyle tylko z pewnem zastrzeżeniem powiedzieć wolno, że sprawa jest czynnościowa.

K o p c z y ń s k i S t. zaznacza, iż przypadki podobne do przedstawionego zmuszają nas do zastanowienia się nad potrzebą wyodrębnienia za przykładem Babińskiego specjalnej jednostki chorobowej, jako nerwicy wzruszeniowej. Drżenie, podobnie jak i cały szereg objawów w sferze wydzielniczej i naczynioruchowej, stanowi wyraz zwykłego odczynu ustroju na wzruszenie. Niekiedy jednak ten odczyn przedłuża się, zyskuje na samodzielności, automatyzmie, suggestji nie poddaje się i wtedy staje się cierpieniem bardzo uporczywem, często nieuleczalnem. K. powołuje się na własne przypadki ciężkiego drżenia po wstrząsach psychicznych, trwającego latami. Być może dany przypadek, choć w wywiadach brak wyraźnego wzruszenia, jako momentu przyczynowego, do tej samej kategorji zaliczyć należy.

b) P r z y p a d e k o p h t a l m o p l e g i a e c h r o n i c a e p r o g r e s s i v a e e x t e r n a e e t i n t e r n a e.

Chory lat 23 — woźnica. Od samego urodzenia matka zauważyła, że prawe oko jest do połowy zamknięte; stopniowo powieka ta opadała coraz bardziej, jednakże nawet w 10-ym roku życia oko nie było zupełnie zamknięte, sprawa jednakże stale postępowała i od 2 lat prawa powieka zakrywa zupełnie oko. Brak jakichkolwiek wahań w przebiegu, brak związku pomiędzy objawami ocznymi a bólami i zawrotami głowy. Drugi objaw charakterystyczny — ustawienie prawej gałki ocznej w prawym kącie szpary ocznej — jest również według słów chorego i otoczenia wrodzony, chory jednak utrzymuje, że do 10-ego roku życia prawa gałka „nie była tak wepchnięta w prawy kąt". Od dzieciństwa napady bardzo silnych zawrotów głowy (musiał kłaść się, ażeby nie upaść), bez drgawek, bez utraty przytomności. Od 5-go roku życia raz na 1, 2 lub 3 tygodnie typowe napady migreny (bóle w części potylicowej, przesuwające

się ku ciemieniowej i skroniowej — nie umiejscowione specjalnie w jednej połowie głowy, z upadkiem łaknienia, mdłościami, często wymiotami, przygnębieniem, bez objawów wzrokowych). Od kilku lat napady, „asphixie locale" w lewej dłoni w postaci blednięcia i akroparestezji dłoniowych powierzchni członków końcowych II-go do IV-go palców; napady te również jak i napady migreny występują przeważnie rano (zimą częściej, niż latem). Dwojenia w oczach nigdy nie było. Ojciec zmarł na gruźlicę krtani. Chory ma 5 sióstr — na bóle głowy ani one, ani matka nigdy nie cierpiały. Brak innych danych dziedzicznych. Przedmiotowo brak zmian w narządach wewnętrznych. Brunatne zabarwienie skóry całego ciała. Naevus pigmentosus na grzbietowej powierzchni prawej dłoni. Owłosie-





nie czaszki obfite, wąsy mało zaznaczone. Rozwój narządów płciowych normalny.

Opadnięcie prawej powieki prawie zupełne; w pozycji leżącej i przy wysiłku tworzy się bardzo wązka szczelina szerokości pół — 1 mm. Prawa gałka oczna ustawiona w zewnętrznym kącie szczeliny ocznej: ruchy jej możliwe są w prawą stronę (n. odwodzący). Przy patrzeniu w lewo prawa gałka odchyla się bardzo mało nawet nie do linji środkowej. Ruchy ku górze i ku dołowi = 0. Prawa źrenica bardzo rozszerzona, nie oddziaływa ani na światło ani na nastawienie. Zabarwienie tęczówki z prawej strony jednolicie brunatne, z lewej promienisto-tygrysowate (zielonkawo-brunatne). Lewe oko żadnych zmian nie wykazuje. Dno oka normalne. Na prawe oko widzi niewyraźnie. Prawem okiem czytać nie może, lewem czyta dobrze. Podwójnych obrazów niema (przy uniesionej biernie prawej powiece). Pozatem żadnych zmian w nerwach czaszkowych ani obwodowych nie ma. Odruchy ścięgnowe średnio żywe, obustronnie jednakowe. Podeszwowe normalne, brzuszne i jądrowe żywe.

Brak jakichkolwiek zmian psychicznych.

W przypadku tym wyłączyć trzeba przedewszystkiem szereg postaci chorobowych, mogących dawać w przebiegu swym oftalmoplegję (wiąd

rdzenia, przymiot mózgu, myastenje i t. d). Wobec istniejącej współcześnie migreny nasuwa się pytanie, czy porażeń mięśni ocznych nie można uzależnić tu od pewnej specjalnej postaci „migraine ophtamoplegique", która może pozostawiać porażenia mięśni ocznych nietylko przemijające ale i stałe, jak to widzimy między innemi w przedstawionym w r. 1903 przez Seiffert'a w berlińskiem towar. neur. przypadku, który po za przebiegiem klinicznie był niemal kopją naszego. Przypuszczenie to jednak odrzucić należy: 1) wobec braku wyraźnego związku pomiędzy objawami ocznymi a bólami głowy, 2) wobec stale postępującego przebiegu i 3) wobec faktu, że porażenie częściowo było wrodzone, postępowało zaś na kilka lat jeszcze przed wystąpieniem objawów migrenowych. Dwie zasadnicze cechy: 1) porażenie częściowo wrodzone oraz 2) niewątpliwie postępujący rozwój cierpienia (do 10-ego roku życia powieka była tylko nawpół opadnięta) nadają przypadkowi temu odrębne piętno i zniewalają do nadania mu stanowiska klinicznego pomiędzy wyodrębnioną przez Graeffe'go postacią „ophtalmoplegia chronica progressiva", niezmiernie rzadką i wyróżniającą się zajęciem wewnętrznych mięśni oka — oraz opisanym przez Moebius'a t. zw. dziecięcym zanikiem jądrowym „infantiler Kernschwund", za czem przemawia wyraźnie endogennie-degeneracyjny charakter cierpienia, gdyż trudno jest wyobrazić sobie jakąkolwiek sprawę wrodzoną — po za pierwotnie degeneracyjną (krwotok? przymiot? stan zapalny?), któraby, stale postępując, do zupełnego porażenia doprowadziła dopiero po 21 latach istnienia.

Przypadek niniejszy przemawia dobitnie za tem, że nie istnieje ostra granica pomiędzy „dziecięcym zanikiem jądrowym" a „postepującem porażeniem mięśni ocznych": i tu i tam mamy do czynienia z wrodzoną hypoplazją nietylko jąder mięśni ocznych, jak tego dowiodły anatomiczne badania Heubner'a i innych, ale całej „kolumny jąder ruchowych", jak to widzimy w przypadkach, w których do oftalmoplegji dołączają się zaniki mięśni twarzy, kończyn lub tułowia (Goldstein). W postaci Moebius'a hypoplazja ta po urodzeniu jest już zupełna, przy postaci zaś Graeffe'go ujawnia się dopiero w pewnym okresie życia po wyczerpaniu się na skutek czynności fizjologicznych części odpowiedniego neuronu, co zresztą nie jest bynajmniej odosobnionem zjawiskiem w patologji układu nerwowego (porażenie kurczowe Strümpel'a, choroba Tay-Sachs'a).

(Streścił mówca).

W dyskusji Kopczyński St. uważa rozpoznanie Sterlinga za bezpodstawne. U chorego, dotkniętego jednostronnym zupełnym porażeniem nerwu okoruchowego, nie wolno stawiać rozpoznania ophtalmoplegiae chronicae progressivae, ponieważ nazwę tą stosujemy do nadzwyczaj rzadkich przypadków obustronnego stopniowego jednoczesnego zaniku czynności wszystkich mięśni zewnętrznych okoruchowych. K. powołuje się na dwa własne przedstawione przypadki. Że przedstawionemu obecnie choremu nie dwoi się w oczach, nic dziwnego: mając ad maximum odchylone oko prawe na zewnątrz używa do patrzenia tyl-

ko jednego oka. Prawie we wszystkich znanych w piśmiennictwie trzydziestu kilku przypadkach ophtalmoplegiae chronicae progressivae, a także w przypadkach Kopczyńskiego, mięśnie wewnętzne oka, których jądra posiadają specjalne ukrwienie, zwykle działały dobrze. Fakt porażenia i mięśni wewnętrznych oka (zniesienie oddziaływania na światło i na nastawianie) tembardziej nie wyłączałby bezwzględnie pochodzenia obwodowego sprawy.

Higier, nawiązując do słów prelegenta o „dziecięcym zaniku jądrowym“, dowodzi, że to, co Moebius pod tą nazwą rozumiał, nie jest koniecznie brakiem wrodzonym jąder nerwowych. Sprawy zapalne wewnątrzmaciczne i śródporodowe dają obraz wrodzonych porażeń. Sprawy zapalne substancji szarej śródmóżdża w pierwszych miesiącach życia pozostawiają po sobie tenże obraz, przy braku danych wywiadowczych tłomaczony jako brak wrodzony jąder. Wreszcie klasyczna ophtalmoplegia chronica progressiva bilateralis, przeważnie externa, jak tego dowiodły badania anatomiczne lat ostatnich, zależy przedewszystkiem rzeczywiście od zajęcia jąder, ale w wyjątkowych razach także od wrodzonego upośledzenia mięśnia lub nawet ścięgna. Cechą charakterystyczną jest nader powolny rozwój.

Bornstein sądzi, że należy ściśle odgraniczać ophtalmoplegiam chronicam progressivam externam od innych cierpień podobnych, między innemi i od tego, co Moebius opisał, jako infantiler Kernschwund“. Ophtalmoplegia chr. ext. progr. nie jest cierpieniem samodzielnem, lecz stanowi b. charakterystyczny zespół objawowy jakiegoś cierpienia rdzeniowego (wiąd, stwardnienie boczne z zanikiem i t. d.). Pośród cech tego zespołu objawowego nalezy, zdaniem Bornsteina, podkreślić ustawienie gałki ocznej, które nigdy nie bywa takie, jak w przypadku Sterlinga; nigdy gałka oczna nie bywa ustawiona w położeniu skrajnem w kącie zewnętrznym, ale zawsze na pewnej odległości. Porażenie wewnętrznych mięśni ocznych też bywa niezmiernie rzadko. B. sądziłby, że mimo stopniowego rozwoju, przypadek Sterlinga zaliczyć należy raczej do przypadków Moebius'a, o ile istotnie nie można byłoby ustalić żadnego związku między tem porażeniem mięśni ocznych a migreną.

Flatau twierdzi, iż polegać należy na wywiadach, wykazujących, że odchylenie oka ku zewnątrz i opuszczenie się powieki odbywało się stopniowo. Co do powikłania tego przypadku migreną, to sprawy tej bezspornie wyjaśnić niepodobna.

V. KOPCZYŃSKI ST. a) omawia przypadek „Peripachymeningitidis spinalis acutae purulentae” (z pokazem preparatu).

Chory lat 16, przybył na oddział chorób nerwowych w szpitalu Ś-go Ducha ze skargami na zatrzymanie moczu i stolca i na zupełny bezwład nóg. Objawy te wystąpiły na dwa dni przed wstąpieniem do szpitala. Przedtem był zdrów. Badanie przedmiotowe: chory szczupły, blady. W narządach wewnętrznych nic wyraźnego nie stwierdzono. Obie kończyny dolne w stanie niemal zupełnego porażenia, odruchy ścięgnowe

z rzepki i ze ścięgna Achillesa nieco wzmożone, objawu Babińskiego brak. Odruchy podeszwowe i brzuszne zniesione. Wrażliwość na dotyk do kolan zmniejszona, na ból — zwiększona. Bolesność mięśni goleni na ucisk. Dalszy przebieg choroby był następujący: porażenie nóg stało się zupełnem, porażeniu też uległy mięśnie brzuszne a po kilku dniach i mięśnie kości, częściowo i przedramion. Odruchy ścięgnowe i skórne z kończyn dolnych, brzuszne i z kończyn górnych stopniowo znikały. Pobudliwość na wszystkie rodzaje czucia zginęła stopniowo, począwszy od stóp aż do drugiego międzyżebrza i łokciowej powierzchni obu rąk. 3-go dnia lewa, a 5-go dnia prawa szpara oczna i źrenica uległy zwężeniu (porażenie ośrodka Budge'go). 5-go dnia choroby chory oddychał tylko mięśniami pomocniczymi (mostko-sutko-obojczykowymi). Przytomny zupełnie. Tętno 96—150, ciepłota skacząca od 37,4 — 39,6^0. Mocz, wypuszczony cewnikiem, białka nie zawierał. 6-go dnia pobytu w szpitalu chory zmarł przy objawach porażenia mięśni oddechowych. Rozpoznawano myelitis acuta infectiosa ascendens. Porażenie Landry'ego wyłączyliśmy z powodu wzmożenia odruchów i nadczułości w pierwszych dniach choroby. Sekcja (prof. Przewoski) wykazała: po otwarciu kręgosłupa rdzeń na całej długości nurzał się w gęstej zielonej ropie, nagromadzonej jedynie na tylnej zewnętrznej powierzchni opony twardej w luźnej tkance łącznej, pomiędzy oponą twardą a kręgosłupem (phlegmone). Przechodzące przez zgrubiałą oponę twardą wszystkie korzenie rdzeniowe nacieczone ropą. Wewnętrzna powierzchnia opony twardej, opona podpajęcza, opona miękka i sam rdzeń na przecięciu na różnych wysokościach makroskopowo przedstawiają się normalnie. Lekkie przekrwienie rdzenia(?). Anatomiczne rozpoznanie— peripachymeningitis spinalis acuta purulenta lub t. zw. phlegmone luźnej tkanki łącznej, okalającej oponę twardą. Opony mózgowia i sam mózg bez zmian. Oprócz tego sekcja wykazała zserowacenie jednego z gruczołów oskrzelowych i niewielką ilość gęstego zielonego ropnego wysięku na lewej opłucnej. Reszta narządów wewnętrznych bez zmian wyraźnych. Badania bakterjologiczne ropy (kol. Zbrowski) wykazało czystą hodowlę gronkowców.

Mówca, przypominając o zapaleniach opony twardej rdzenia w następstwie próchnicy kręgów, gdzie sprawa rozwija się per continuitatem i trwa zwykle przewlekle, podniósł ostry przebieg choroby w przypadku omawianym, wstępujący charakter sprawy zapalnej i pochodzenie ropienia niewątpliwie przerzutowe.

Podobne przypadki przerzutowego lub samoistnego ropnego zapalenia luźnej tkanki łącznej, leżącej nazewnątrz opony twardej w rdzeniu, zwłaszcza badane sekcyjnie, należą do bardzo rzadkich.

(Streścił mówca).

Higier, analizując obraz kliniczny i rozwój choroby, twierdzi, że wobec gorączki z nasileniami i obrazu myelitidis ascendentis można było najwyżej odważyć się na rozpoznanie sprawy ropnej w rdzeniu, brakło natomiast zupełnie danych, umożliwiających rozpoznanie peripachymeningitidis lub nawet sprawy oponowej.

Flatau zaznacza potrzebę w tym przypadku badania drobnowidzowego rdzenia, gdyż nie sposób wyłączyć tu pewnego zajęcia samej istoty rdzenia.

Kopczyński odpowiada: zgadzając się w zasadzie na pododne przypuszczenie, podkreślić jednak zależy, że przynajmniej przy oględzinach gołem okiem cała sprawa nacieczenia ropnego dotyczyła wyłącznie luźnej tkanki łącznej pomiędzy oponą twardą a kręgosłupem.

b) przedstawia preparaty z przypadku nowotworu móżdżku (mózg, czaszka i okolica siodła tureckiego).

Preparat pochodził od 19 letniego chorego, przedstawionego w sekcji w marcu 1909 r. z rozpoznaniem nowotworu móżdżku (bóle głowy, nudności, wymioty, brodawka zastoinowa, ślepota, zmienne porażenia niektórych nerwów czaszkowych, brak wyraźnych objawów ogniskowych). W czerwcu dokonano trepanacji w okolicy móżdżkowej (Borzymowski). Nowotworu nie znaleziono. Po tej trepanacji paliatywnej z usunięciem płata kostnego nastąpiło pewne wypadnięcie części potylicowej i okolicy móżdżku, objawy ogólne mózgowe znacznie osłabły. Ślepota pozostała jednak bez zmiany. Chory powrócił do szpitala Ś-go Ducha w październiku 1909 r. ze skargami na bóle głowy, nudności, wymioty i na drgawki, występujące przy zmianie pozycji. Objawów ogniskowych brak. Pomimo, że chory mało jadł, wybitnie się jednak roztył. Choremu w odstępach kilkodniowych wypuszczono trzykrotnie po 150 — 200 ctm. płynu mózgowo-rdzeniowego z okolicy przepukliny móżdżkowej. Ulga po tym zabiegu trwała dzień — dwa. W listopadzie dokonano ponownego otwarcia czaszki na większej przestrzeni i nieco ku dołowi. Pomiędzy obu półkulami móżdżku znałeziono guz twardy, wielkości orzecha włoskiego, wychodzący z opony twardej i kilka guzików mniejszych po obu stronach dolnych części półkul. Przestrzeń komory 4-ej wybitnie rozszerzona. Na przekrojach półkul mózgowych widać rozszerzenie komór mózgowych bocznych. Czaszka na całej przestrzeni nadzwyczaj ścieńczała, wszędzie prześwieca. Wgłębienie siodła tureckiego rozszerzone, znacznie powiększone. Przysadka mózgowa wydaje się być zgniecioną.

Mówca podkreśla 1) znaczenie trepanacji paljatywnej, która na czas dłuższy bo kilku miesięcy uwolniła chorego od ciężkich cierpień, 2) prawdopodobny rozrost nowotworu w kierunku najmniejszego ciśnienia, stąd łatwe znalezienie guza podczas powtórnej trepanacji, 3) wybitne ścieńczenie czaszki wskutek wtórnego wodogłowia wewnętrznego, 4) pogłębienie siodła tureckiego i pewną dążność do otyłości, zapewne w związku z cierpieniem uciskowem przysadki mózgowej.

(Streszczenie własne).

St. Kopczyński.

POSIEDZENIE D. 17 WRZEŚNIA 1910 R.

1) Higier.
 a) Przypadek idjotyzmu Tay-Sachsa, powikłanego wodogłogłowiem wewnętrznem.
 b) Przypadek polioencephalomyelitidis variolosae.

2) Męczkowski i Jaroszyński. Przypadek przypuszczalnego ucisku rdzenia.

3) Łapiński T. Przypadek padaczki, powikłanej (?) syringomyelją.

4) Sterling. Przypadek porażenia nerwu odwodzącego po nakłuciu lędźwiowem.

5) Radziwiłłowicz. Charakterystyka działalności naukowej W. James'a (Wspomnienie pośmiertne).

I. H. HIGIER przedstawia a) przypadek idjotyzmu rodzinnego Tay-Sachs'a, powikłanego wodogłowiem wewnętrznem.

Chłopiec, w wieku 2½ lat, pochodzący z żydowskiej rodziny nerwowej. Do 5 miesięcy rozwijał się normalnie, próbował stawać, podnosić się, szczebiotać, a w ciągu 2-go półrocza życia stopniowo tracił inteligencję oraz nabyte zdolności ruchowe. Leży apatycznie, ledwie rusza nóżkami, mało i cicho płacze, nieco chudnie, odruchy ścięgnowe bardzo żywe, objaw Babińskiego obustronny, napięcie mięśni nieco wzmożone. Od 10 miesięcy napady padaczkowe dosyć częste, głównie w prawej połowie ciała. Obwód czaszki z 49 doszedł w ciągu 2 miesięcy do 51 ctm. Ślepota zupełna. Zanik nn. wzrokowych pierwotny. Zmiany swoiste dla idjotyzmu Tay-Sachs'a na plamce żółtej (wiśniowo-czerwona plama na białem tle). Trzykrotnie powtórzone przekłucie lędźwiowe nie dało żadnej poprawy i za każdym razem dało się stwierdzić wzmożenie ciśnienia znaczne, a płyn przezroczysty zawierał niewielką ilość limfocytów.

Higier rozpoznaje jako chorobę zasadniczą — tą niezwykłą, w Europie nader rzadko spotykaną postać idjotyzmu, którą opisywali niezależnie od siebie Tay i Sachs. Wśród polskich i litewskich żydów rodzinne to cierpienie nie stanowi rzadkości. Ciekawem jest, że zarówno obraz kliniczny jak anatomo-patologiczny powtarza się stereotypowo. Drgawki i zmiany makroskopowe mózgu nie należą do obrazu typowego i niesłusznie przez niektórych autorów, którzy pojedyńcze tylko przypadki opisywali, do obrazu zaliczone zostały. Higier na 20 blisko przypadków w 2 jedynie widział drgawki. Zależą one prawdopodobnie, jak w danym przypadku, od powikłania wodogłowiem. Dominujące drgawki, objaw Babińskiego, wzmożone ciśnienie przy nakłuciu lędźwiowem i powiększenie objętości

czaszki za życia chorego już wskazują na to powikłanie, zupełnie przypadkowe.

(Streścił mówca).

Sterling stwierdza u przedstawionego dziecka znaczny postęp sprawy w porównaniu z rokiem ubiegłym, kiedy przez dłuższy czas obserwował je w szpitalu. Zwłaszcza przykurczenia dłoni w pozycji krańcowo zwróconej na wewnątrz charakterystyczne są dla końcowych okresów choroby Tay-Sachs'a. S. przypomina, że podczas obserwacji szpitalnej prócz drgawek padaczkowych spostrzegano długotrwałe drganie myokloniczne mięśni powiek, warg oraz policzków. Nie sądzi, zgodnie z opinją Vogt'a, ażeby objawy drgawkowe w chorobie Tay-Sachs'a zawsze zależne były od towarzyszącego wodogłowia; jak każda postać idjotyzmu, tak i choroba Tay-Sachs'a przebiegać może z drgawkami padaczkowemi.

b) przypadek polioencephalomyelitidis variolosae.

Chora, lat 28, 22 tygodnie temu zachorowała na ciężką ospę, w następstwie której rozwinął się obraz choroby mózgowej. 5 tygodni leżała nawpół nieprzytomna, narzekając na dotkliwe bóle głowy. Gdy wróciła do przytomności, rozumiała wszystko i poznawała wszystkich, ale mówić przez kilka tygodni nie mogła, kończyny górne i dolne były porażone, łykała źle, w oczach się dwoiło, z daleka widziała bardzo źle. Stopniowo zaczęło się wszystko poprawiać.

Stan obecny. Niedowład kończyn dolnych, zwłaszcza lewej nogi, osłabienie górnych kończyn. Chód powolny, niepewny, szeroki. Lekki niedowład prawego n. twarzowego. Drżenie zamiarowe, występujące głównie w prawych kończynach. Odruchy brzuszne słabe, ścięgnowe żywe. Oddziaływanie źrenic dobre. Łykanie upośledzone, mowa powolna, nieco skandowana monotonna i bezdźwięczna. Czucie zupełnie zachowane. Bóle głowy częste. Wzrok niezły. Zatarcie granic tarczy w bardze małym stopniu. Z przebiegu choroby zanotować warto, że stopniowo zgrabność w ruchach wraca, aczkolwiek zapinanie, nawlekanie, szycie, haftowanie, zawiązywanie i czesanie jeszcze się nie udają chorej.

Higier tłomaczy, dlaczego należy w danym przypadku po wyłączeniu zapalenia nerwów i opon mózgowych przyjąć poliencephalitis diffusa variolosa z siedliskiem głównych ognisk w moście Varola. Gdyby z wywiadów nie znano ostrego początku, to bez wahania i słusznie rozpoznanoby stwardnienie wieloogniskowe. Czy ta ostra postać nie przejdzie czasem w przewlekłą sclerosis disseminata, trudno przewidzieć. Zdaniem prelegenta należy w stwardnieniu wieloogniskowem rozróżnić kilka postaci zasadniczych: 1) postać przewlekłą wewnątrzpochodną (endogen), najczęstszą, przy której początek jest powolny, przebieg postępujący, bez częstych zwolnień i nawrotów; bujanie neurogljí w tej postaci jest pierwotne (gliosis multiplex genuina). Choroba ta, powstając samoistnie, wykazuje pogorszenie, jak każda inna, po chorobach zakaźnych, urazach, zatruciach etc.; 2) postać ostrą, wewnątrzustrojową (exogen), względnie rzadką, w której początek jest ostry w następstwie

choroby zakaźnej lub zatrucia, przebieg szybki, z częstemi nasileniami, zależnemi od wybuchu ukrytej substancji zakaźnej; bujanie neuroglji jest w tej postaci wtórne na skutek zniszczenia miąższu, wywołanego pierwotną zapalną sprawą naczyniową (encephalomyelitis multiplex periaxialis scleroticans); 3) postać zakaźną przewlekłą, najrzadszą przymiotowego stwardnienia wieloogniskowego, dzięki zwolnieniom i nasileniom w przebiegu przez szereg lat naśladującą typowe stwardnienie wieloogniskowe; 4) postać przewlekłą, stale postępującą, w starszym wieku rozwijającą się, klinicznie odnośnie rozpoznania między stwardnieniem wieloogniskowem a chorobą Parquinson'a wahającą się, a anatomicznie polegającą albo na wysepkowem rozmięknieniu mózgu, albo też na t. zw. endo-et periarteriitis scleroticans insularis; 5) postać czynnościowej pseudosklerozy Westphala tylko klinicznie, nie zaś anatomicznie przypominającą stwardnienie wieloogniskowe.

(Streścił mówca).

II. W. MĘCZKOWSKI I T. JAROSZYŃSKI przedstawiają przypadek przypuszczalnego ucisku rdzenia.

Chory, lat 40, od 5 m. cierpi na silne bóle, umiejscowione z początku w okolicy prawej łopatki i prawej sutki, później w jamie podpachowej, wreszcie po stronie wewnętrznej (łokciowej) prawego przedramienia i ramienia oraz w dwóch małych palcach. Bóle są tak silne, że chory po nocach nie sypia i zażywa stale morfinę. Od miesiąca opadnięcie powieki prawej i osłabienie władzy w prawej kiści.

Badanie przedmiotowe: t. 80, w płucach objawy nieżytu oskrzel; nad prawym obojczykiem wygórowanie, bolesne przy opukiwaniu. Ze strony układu nerwowego: objaw Körner'a na prawem oku: zwężenie źrenicy z zachowaniem odruchów, zwężenie szpary ocznej, zapadnięcie gałki ocznej (enophtalmus). W kończynie prawej: podniesienie ciepłoty (w porównaniu z kończyną lewą), nabrzmienie żył skórnych, osłabienie władzy dwóch małych palców. Zaników nie widać. Pobudliwość na prąd przerywany i stały dwóch ostatnich mięśni międzykostnych w ręce prawej osłabiona w porównaniu z ręką lewą. Czucie bez zmian, z wyjątkiem nadczułości na dotyk, ból, ciepło i zimno na wewnętrznej stronie przedramienia. Chory poci się więcej po stronie lewej — na prawej połowie twarzy i w okolicy prawej sutki oraz na prawej ręce poci się minimalnie. Próba z kokainą dała wynik dodatni, wskazujący na zajęcie n. współczulnego (prawa źrenica pod wpływem kokainy nie zmienia się wcale, lewa oddziaływa rozszerzeniem).

Objawy powyższe wskazują na podrażnienie korzeni tylnych na wysokości 1 grzbiet. i 8 szyjowego odcinków rdzeniowych, z pewnem zajęciem i korzeni przednich (ruchowych), przyczem na pierwszy plan występują objawy ze strony nerwu współczulnego, łączącego się z rdzeniem na tym poziomie (centrum ciliospinale). Umiejscowienie sprawy chorobowej nie jest wewnątrzrdzeniowe, gdyż bóle są na pierwszym planie, niema objawów ze strony dolnych kończyn, ani ze strony pęcherza, ale raczej zewnątrzrdzeniowe, i przytem w blizkości samego rdzenia (z uwagi na obecność zaburzeń ze strony nerwu współczulnego). Zdjęcie prom. Röntgena

wykazuje pewne zmiany w płucu prawem, co sprawę wyjaśnia, najprawdopodobniejszem bowiem staje się przypuszczenie nowotworu w klatce piersiowej, idącego od płuc (gruczoły limfatyczne — mięsak?) lub opłucnej w kierunku korzeni tylnych na wysokości 1 grzb. i 8 szyj. odcinka rdzeniowego. Początkowy okres cierpienia nie pozwala ustalić ściślejszego rozpoznania.

(Streszcz. własne).

W dyskusji Bychowski zaznacza, iż zna chorego i rozpoznaje u niego nowotwór klatki piersiowej, uciskający nerw spółczulny.

III. T. ŁAPIŃSKI przedstawia przypadek padaczki, powikłanej syringomyelją.

Chory, lat 32, dziedzicznie obciążony pod względem alkoholizmu i cierpień nerwowych. Od 2-go roku życia cierpi na napady padaczkowe z przerwą od 6 do 14 roku życia; mając lat 14 zaczął pić i miewał stosunki płciowe — w owym czasie wystąpiło skrzywienie kręgosłupa a napady padaczki stały się częstsze. Pół roku temu chory uległ silnemu podnieceniu, które trwało kilka godzin. W czerwcu r. b. po szeregu napadów ponownie nastąpił stan silnego podniecenia z omamami słuchowymi i wzrokowymi; wtedy przywieziony został do szpitala Jana Bożego w stanie podniecenia i częściowego zamroczenia świadomości, z podniesioną ciepłotą ciała. Badanie przedmiotowe wykazało: zboczenie kręgosłupa wprawo; na tylnej powierzchni niektórych palców rąk niegojące się, powierzchowne ranki; obydwie dłonie spłaszczone, palce rąk zgięte; palec wskazujący prawej ręki obrzęknięty; wybitne zaburzenia czucia cieplikowego na dłoniach i palcach obu rąk — miejscami w tych okolicach ciepło odczuwa jako dotyk, miejscami zimno jako ciepło lub naodwrót, miejscami nie odczuwa ani zimna ani gorąca; czucie bólowe na obu rękach również znacznie osłabione; czucie dotykowe zachowane; zaburzenia ruchowe w górnych kończynach; język zbacza w lewo; odruchy kolanowe wzmożone.

IV. STERLING przedstawia przypadek porażenia nerwu odwodzącego po nakłuciu lędźwiowem.

Chora 26 letnia wyszła za mąż przed 10 miesiącami, okres ciąży przeszła zupełnie zdrowo. W 8-ym miesiącu urodziła zupełnie normalnie martwe dziecko (5.VIII r. b.). Na 7-y dzień po porodzie czuła się dobrze i wstała z łóżka (13.VIII). Następnego dnia (14.VIII) wystąpił rano nagle gwałtowny ból głowy (w nocy tego samego dnia długotrwałe męczące wymioty). Podobno już wtedy otoczenie chorej zauważyło występujące od czasu do czasu drganie prawej powieki i prawego policzka. Przez 3 następne dni dokuczały chorej silne bardzo bóle głowy oraz wymioty. Po 3 dniach (17.VIII) wystąpiło jakoby nagle zupełne porażenie prawej kończyny górnej. Następnego dnia (18.VIII) przeniesiono chorą na oddział ginekologiczny w szpitalu na Czystem i tegoż dnia wystąpił po raz pierwszy napad silnych drgawek; pierwszy napad drgawek był ogólny — trwał podobno około godziny przy zachowanej jakoby przytomności lecz bez możności

mówienia, następny (obserwowany już przez lekarza) był ściśle prawostronny: rozpoczął się od ruchów odwracania prawego przedramienia na wewnątrz i na zewnątrz, następnie przywodzenia i odwodzenia ramienia, potem zaczęła drgać kończyna dolna, gałki oczne zwrócone były w prawą stronę, usta nie były przekrzywione, piany na ustach nie było. Podczas napadu, który trwał kilka minut, chora była przytomna, starała się odpowiadać na pytania, ale jej to przychodziło z wielką trudnością, moczu pod siebie nie oddała. Tego rodzaju napadów miała tego dnia chora kilka w odstępach kilkogodzinnych. Badanie przedmiotowe układu nerwowego, dokonane następnego dnia (19.VIII) wykazało: zupełne porażenie prawej górnej i prawej dolnej kończyny, brak jakichkolwiek zmian w nerwach czaszkowych, nie wyłączając dna oczu, gdzie prócz pigmentacji na zewnątrz od prawej tarczy nic patologicznego nie stwierdzono; słabe odruchy ścięgnowe i skórne bez wyraźnej różnicy pomiędzy prawą a lewą stroną oraz wyraźny objaw Babińskiego z prawej strony. Dnia tego drgawek nie było, natomiast niezmiernie gwałtowne bóle głowy; t. = 64, c. = 38°. Następnego dnia (20.VIII) przeniesiono chorą na oddział nerwowy i nocy tej miała 2 napady, zaś w ciągu dnia silny napad padaczki Jackson'a z prawej strony. Od tego czasu drgawki więcej nie powtórzyły się. W kilka godzin po napadzie zauważono, że chora może poruszać palcami przedtem zupełnie bezwładnej prawej nogi, wtedy również przy badaniu odruchów zauważono, że objaw Babińskiego jest obustronny. Już następnego dnia (21.VIII) wystąpiły słabe ruchy w prawej kończynie górnej i dolnej, zaś w przeciągu 2 dni siła tych kończyn uległa tak szybkiej i znacznej poprawie, że tylko dokładne badanie mogło wykryć nieznaczne osłabienie tych kończyn w porównaniu z lewemi. Badanie moczu wykryło bardzo nieznaczną ilość białka (0,2‰) oraz liczne białe i czerwone ciałka w osadzie. D. 22.VIII, gdy osłabienie prawych kończyn było już bardzo nieznaczne, ale chora uskarżała się się jeszcze na silny ból głowy, dokonano nakłucia lędźwiowego i wypuszczono 7 cm. zupełnie przezroczystego płynu, który wypłynął pod bardzo silnem ciśnieniem (badanie płynu mózgowordzeniowego wykazało: białka=0, limfocytów $1^1/_3$). Jeszcze tego samego dnia po nakłuciu zauważyła chora, że się jej dwoi w oczach. Badanie, dokonane nazajutrz 23.VIII, wykryło zupełne porażenie n. odwodzącego prawego: przy ruchach na prawo prawa gałka nie przekraczała linji środkowej, obrazy podwójne (położone jeden obok drugiego w jednej płaszczyznie) występowały przy wszelkiem ustawieniu gałek, nieznaczne osłabienie prawych kończyn, słabe ścięgnowe i skórne odruchy, wyraźny prawostronny objaw Babińskiego. Zupełne porażenie prawego nerwu odwodzącego trwało bez żadnej zmiany przeszło tydzień (9 dni). 31.VIII zauważono, że przy ruchach na prawo prawa gałka przekracza już linję środkową — od tego czasu chora na dwojenie się nie skarży. Stopniowo w przeciągu następnego tygodnia osłabienie nerwu odwodzącego prawego zmniejszało się, tak że obecnie widoczne są tylko jego ślady. Śladów porażenia prawostronnego nie widać od 2 tygodni (8.IX), jeszcze przedtem znikł prawostronny objaw Babińskiego.

Zespół takich objawów, jak gwałtowne bóle głowy w połączeniu z silnemi wymiotami, z napadami o typie wyraźnie Jackson'owskim, z następczem porażeniem kończyn nasuwał w niniejszym przypadku podejrzenie sprawy ograniczającej przestrzeń w jamie czaszkowej. O nowotworze mózgu wobec niezmiernie ostrego przebiegu sprawy nie mogło być nawet mowy. Poważniej ugruntowane już wydawało się przypuszczenie meningitidis serosae, lecz i dla tego cierpienia przebieg jest bezwarunkowo zbyt szybki, napady Jackson'owskie mało charakterystyczne, brak zaś było tak ważnego objawu, jak zmiany zastoinowe na dnie oczu, co najważniejsza zaś, brak było nieodzownych dla tego cierpienia momentów przyczynowych (uraz fizyczny lub psychiczny, alkoholizm, influenza).

Migrena, na którą chora cierpiała od dzieciństwa, może dać wprawdzie objawy Jackson'owskie, ale w przypadku tym była widoczna nierównomierność pomiędzy natężeniem bólów głowy, które zresztą jak na migrenę były zbyt długotrwałe, oraz natężeniem objawów podrażnienia i porażenia; pozatem, pierwszego napadu ogólnych drgawek niepodobna objaśnić sobie migreną. Również i padaczką samoistną, dla której typ Jackson'a i porażenie nie są czemś niezwykłem, niepodobna objaśnić całego obrazu — a przedewszystkiem gwałtownych kilka tygodni trwających bólów głowy z silnemi wymiotami oraz faktu, że porażenia nie tylko nie były zależne od napadów drgawek, ale przeciwnie, zupełne porażenie prawostronne zaczęło wyrównywać się właśnie bezpośrednio po ostatnim napadzie. Fakt, że cały obraz wystąpił w kilka dni po porodzie czyni najprawdopodobniejszem przypuszczenie, że pozostaje on w związku z poporodowemi sprawami samozatrucia; że nie mieliśmy tu do czynienia z typowemi drgawkami porodowemi na tle mocznicy, tego dowodzi przedewszystkiem nieznaczna bardzo ilość białka i brak cylindrów w moczu oraz zupełnie zachowana przytomność przy ciężkich objawach mózgowych.

Że porażenie prawego nerwu odwodzącego nie było zależne od ogólnej sprawy chorobowej, tego dowodzą fakty, że 1) wystąpiło ono już wtedy, kiedy wszystkie objawy ogniskowe znacznie się zmniejszyły, 2) że przetrwało ono istnienie tych objawów, jak dotychczas, o 2 tygodnie i 3) że wystąpiło ono bezpośrednio po nakłuciu lędźwiowem. Przypadki porażenia nerwu odwodzącego po nakłuciu lędźwiowem w połączeniu z kokainizacją, stowainizacją lub tropokokainizacją rdzenia nie należą do rzadkości, literatura ostatnich kilku lat zawiera ich już około pół setki. Natomiast porażenia nerwu odwodzącego po nakłuciu lędźwiowem bez injekowania substancji znieczulających do płynu mózgowo-rdzeniowego należą do takich rzadkości, że w piśmiennictwie udało mi się odnaleźć tylko jeden przypadek Wolff'a.

Teorja toksyczna, którą starano się objaśniać zazwyczaj przypadki porażenia VI-ej pary po znieczuleniu rdzenia stowainą lub tropokokainą, nie może znaleźć zastosowania w naszym przypadku, gdzie nie wstrzykiwano nic do płynu mózgowo-rdzeniowego podczas nakłucia. Nie wytrzymuje również krytyki tłomaczenia Wolff'a, który w przypadku swoim przypuszczał powstanie na skutek nakłucia krwiaka podoponowego, które-

go wessanie się oddziaływało w sposób toksyczny na nerw odwodzący. Poglądowi Adam'a, jakoby porażenia nerwu tego po nakłuciu lędźwiowem powstawały zawsze na skutek krwotoku do jądra nerwu — przeczy fakt, że w większości przypadków porażenie występowało dopiero w kilka dni po nakłuciu. Najsłuszniejszą tedy wydaje mi się teorja odruchowa francuskiego otjatry Bonnier'a, opierająca się na fakcie anatomicznym bezpośredniej komunikacji przestrzeni mózgowo-rdzeniowej z jamą bębenkową, zaś tej ostatniej z VI-ą parą za pośrednictwem jądra Deiters'a i traktująca porażenie tego nerwu, jako niezmiernie czuły odczynnik odruchowy, występujący przy najdrobniejszych wahaniach w ciśnieniu płynu mózgowo-rdzeniowego.

(Streścił mówca).

V. RADZIWIŁŁOWICZ wygłosił wspomnienie pozgonne „O działalności naukowej Wiliama James'a. Rzecz drukowana w zeszycie II Neurologji Polskiej.

St. Kopczyński.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE LWOWSKIE.

POSIEDZENIE DN. 15 KWIETNIA 1910 R.

SOŁOMONOWICZ przedstawia a) przypadek porażenia opuszkowego bez zmian anatomicznych (myasthenia gravis).

U 25-letniej kobiety, zamężnej od 9 lat, dzietnej (dwukrotnie rodziła) wystąpiła przed 3 miesiącami obecna choroba i zaczęła się od bólu głowy w prawej części skroniowej, wzmagającym się przy pracy i przy schylaniu się. W dwa tygodnie później chora zauważyła opadanie powiek i jednocześnie wystąpiło podwójne widzenie przy patrzeniu ku górze i w prawo. Kolejno zaczęły przyłączać się inne objawy chorobowe: nosowy dźwięk mowy, prędkie występowanie zmęczenia przy żuciu pokarmów, utrudnione połykanie stałych pokarmów, osłabienie kończyn górnych i dolnych. Wszystkie powyższe objawy są co do swego nasilenia zmienne: zrana chora czuje się zwykle zdrowszą niż wieczorem; bywają dnie, kiedy objawy chorobowe ustępują do tego stopnia, iż chora uważa się za zdrową. Badanie przedmiotowe: obustronne opadnięcie powiek, zwłaszcza lewej, źrenice szerokie, oddziaływują na światło; znaczne ograniczenie ruchów gałek ocznych (możliwe są ruchy jedynie nieco ku wewnątrz i ku zewnątrz); obustronne wygładzenie fałd nosowo-wargowych; upośledzona ruchomość podniebienia; wrażliwość nerwów nadoczodołowych na uciski

odruchy ścięgnowe i z okostny na kończynach górnych b. słabe; odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa obustronnie żywe; objawy myasteniczne najwybitniej występują w mięśniach twarzy, ocznych i podniebienia miękkiego. Badanie pobudliwości elektrycznej mięśni twarzy wykazało odczyn myasteniczny.

b) przypadek myotonji.

Chory lat 19, dziedzicznie obciążony (u ojca alkoholizm i padaczka, u dziadka ze strony matki również padaczka, siostra upośledzona umysłowo), zawsze odznaczał się dobrem zdrowiem. Obecna choroba wystąpiła przed 6 laty — wtedy, służąc do mszy, po raz pierwszy uczuł silną sztywność w nogach. Od tej chwili objawy myotoniczne nie opuszczają chorego, wzmagając się pod wpływem zimna, przy wzruszeniu psychicznem i każdym nagłym ruchu; z początku ograniczały się tylko do dolnych kończyn, później jednak wystąpiły także w mięśniach tułowia, kończyn górnych, szyjowych, twarzy i języka. W marcu 1909 r. chory miał napad padaczkowy, który się więcej nie powtórzył. Badanie przedmiotowe wykazało: chory wzrostu średniego, silnie zbudowany, podściółka tłuszczowa znacznie rozwinięta; gruczoł tarczowy ledwie namacalny; tony serca nieco głuche; niedowład mięśnia prostego wewnętrznego oka po stronie prawej; odruchy ścięgnowe prawidłowe, brzuszne bardzo słabe; zmiany w układzie mięśniowym: wszystkie mięśnie bardzo silnie rozwinięte, niektóre robią wrażenie przerostu, przy ucisku niebolesne; przy każdym ruchu zamierzonym występuje wzmożenie napięcia, które po kilkakrotnem powtórzeniu danego ruchu ustaje i chory odzyskuje zupełną sprawność ruchów; mechaniczna pobudliwość mięśni jest zmieniona: już zwykły ucisk palcem wywołuje silny skurcz, który tylko zwolna się wyrównywa; przy badaniu mięśni prądami elektrycznymi otrzymuje się skurcz powolny, długotrwały, przypominający skurcz przy odczynie zwyrodnienia.

W dyskusji Rencki przypomina, że w swoim czasie opisał przypadek myastenji. Chora ta dziś czuje się dobrze, przebyła poród i jest prawie wyleczona. Feuerstein zaznacza, iż 7 lat temu spostrzegał przypadek myastenji, który również dziś jest zdrów zupełnie.

POSIEDZENIE DN. 29 KWIETNIA 1910 R.

RENCKI przedstawia chorego 18 letniego z myotonia congenita.

Chory ten w 10 roku życia zaczął odczuwać pewną trudność przy ruchach w kończynach dolnych. Powoli objaw ten stawał się coraz wyraźniejszy i coraz częściej występował. W 16 roku życia pojawił się on i w kończynach górnych. W 17 roku życia nastąpiło znaczne pogorszenie, gdyż trudność w ruchach zjawiała się nie tylko w kończynach, lecz w karku i w oczach. Przy badaniu przedmiotowem chorego zauważyć można jedynie słabe uwłosienie pod pachami i w okolicy narządów płciowych,

sztywność przy ruchach gałek ocznych ku górze i dołowi, trudność podnoszenia powiek, ograniczenie ruchów języka, osłabienie odruchów kolanowych. Mięśnie dobrze rozwinięte, zaników nie wykazują. Ruchy naogół utrudnione i powolne. Przy badaniu prądem elektrycznym wyraźny odczyn myotoniczny.

ROTHFELD przedstawia przypadek okresowego porażenia nerwu okoruchowego.

Dotyczy on kobiety lat 20, nie obciążonej dziedzicznie. W 7 roku życia wystąpił po raz pierwszy napad bólu głowy, połączony z nudnościami i wymiotami. Ból ten umiejscowiony był w części czołowej głowy po stronie lewej. Po napadzie bólu wystąpiło opadnięcie powieki lewej, które po dwóch dniach ustąpiło. Od tego czasu bóle głowy pojawiają się u chorej w rozmaitych odstępach czasu (co 4—8 tyg.), rozpoczynają się o różnej porze dnia, są bardzo silne w ciągu pierwszych 24 godzin potem przez jeden lub dwa dni są słabsze. Równocześnie z wystąpieniem bólu głowy zjawiają się wymioty; chora staje się wrażliwą na światło, na wszelki chałas, nie przyjmuje pokarmów, nie sypia. Pod koniec napadu bólu głowy opada powieka lewa, a po 2 dniach już może chora powiekę swobodnie podnosić. Podwójnego widzenia nigdy nie było. Po ostatnim napadzie opadnięcie powieki utrzymywało się przez cały tydzień; później, kiedy się powieki nieco podniosły, chora zauważyła, że widzi podwójnie. Przy badaniu przedmiotowem w owym czasie stwierdzono: opadnięcie powieki lewej; lewa gałka oczna ustawiona ku zewnątrz i ku dołowi, ruchy jej zachowane tylko ku dołowi i ku zewnątrz; źrenica lewa znacznie szersza od prawej, nie oddziaływa na światło i nastawienie. Innych zmian w układzie nerwowym nie wykryto. Próba Wassermana wypadła ujemnie.

W ciągu kilkodniowego spostrzegania stan chorej zmienił się o tyle, że szpara powiekowa lewa stała się szerszą, lewa źrenica zaczęła już nieco oddziaływać na światło i nastawienie, ruchy gałki ocznej stały się rozleglejsze.

POSIEDZENIE DN. 27 MAJA 1910 R.

PISEK omawia przypadek guza mózgowego.

23 letni mężczyzna zachorował w styczniu r. b. na objawy ostrego nieżytu jelitowego. Przypadkowo przedsięwzięte badanie oczu w okresie końcowym tej choroby wykazało po za znacznem upośledzeniem wzroku na lewem oku a w mniejszym stopniu na prawem wybitną tarczę zastoinową i wybroczyny w obu oczach. Badanie przedmiotowe dokonane w 3 miesiące potem dało wynik następujący: lewostronna znaczna tarcza zastoinowa; poczucie światła zniesione; również i na prawem oku zaledwie ślad poczucia światła; zanik nerwu wzrokowego; zupełna głuchota lewego ucha; niedcwład lewostronny połowiczy z udziałem twarzy; ślady móżdżkowej niezborności statycznej, hypotonia; brak odruchów kolanowych. Obrazy roentgenowskie świadczą o bardzo znacznych zmianach w siodełku tureckiem oraz o znacznie rozszerzonych żyłach śródkościa.

POSIEDZENIE DN. 1 LIPCA 1910 R.

ORZECHOWSKI przedstawia chorą 13 letnią, która, odkąd pamięta, cierpi na bóle głowy. Od 2 lat bóle głowy są silniejsze i dołączają się do nich czasami nudności, wymioty i zawroty głowy. Chora chodzi niezgrabnie, oddaje bezwiednie mocz, często miewa nieokreślone bóle, kłucia i łamania w kończynach i tułowiu. Przy badaniu chorej uderza przedewszystkiem jej wyraz twarzy: pochmurny, nadąsany, równocześnie wzgardliwie odpychający. Drugą cechę widoczną stanowi niepokój kończyn i twarzy, powolniejszy od pląsawiczego. Badanie przedmiotowe stwierdza: zblednienie skroniowych części tarczy i odpowiednie do tego zwężenie pola widzenia; zaburzenia w ruchach gałek ocznych: ku dołowi i ku górze idą gałki prawidłowo, natomiast posuwają się na boki w drobnych ruchach przestankowych — zwrot na każdą stronę trwa wskutek tego dość długo. Jeżeli więc chora chce się gdziekolwiek prędzej popatrzeć, musi skręcić energicznie głowę, bo oczy nie mogą tak szybko podążyć. Przez to przybywa jeszcze jeden szczegół, składający się na zewnątrzną charakterystykę chorej: nienaturalne, przesadnie szerokie ruchy głową. Nadto nieznaczne drżenie gałek ocznych. Inne nerwy mózgowe zmian nie przedstawiają. Kończyny górne: czasami bezład, ruchy powolne. Kończyny dolne: odruchy kolanowe bardzo słabe, odruchu ze ścięgna Achillesa brak, lekka niezborność przy leżeniu, objaw Babińskiego po lewej stronie. Odruchy brzuszne żywe. Siła kończyn i czucie wszędzie dobrze zachowane. Chód niepewny: chora kroczy szybko lecz chwieje się bardzo, przytem występują ruchy pląsawicze w tułowiu i kończynach. Mowa chorej jest cicha, trochę niewyraźna, monotonna lecz nie skandująca. Psychicznie chora niezrównoważona, to nazbyt wesoła, to smutna, opryskliwa i wrażliwa. Inteligencja dobra.

Zdaniem O., przypadek przedstawiony zawiera objawy charakterystyczne dla choroby F r i e d r e i c h a i M a r i e, a odpowiada grupie przypadków, stanowiących przejście między jedną a drugą jednostką chorobową. W przypadku tym O. podnosi jako niezmierną rzadkość skroniowe zblednięcie tarcz na podobieństwo zaniku, zdarzającego się przy stwardnieniu rozsianem i przestankowe ruchy oczu, które dotąd raz były tylko opisane w rodzinie obserwowanej przez K e i p p e l'a j D u r a n t e'a.

JURASZ przedstawia chorego, lat 31, który dotąd zawsze był zdrów. Dnia 23 czerwca r. b. chory nagle dostał napadu suchego kaszlu z ksztuszeniem się, który powtórzył się 25.VI o 12 w nocy z taką siłą, iż chory na 10 minut stracił przytomność. 26.VI znowu napad w nocy z 3 minutową utratą przytomności. Dnia 27.VI znowu dwa napady, z których jeden w obecności prelegenta: kaszel był suchy, szybki, jak przy kokluszu, kończył się gwizdem; twarz była sina; chory odczuwał tylko zawrót głowy. Badanie chorego, który dużo pił i palił, wykazało jedynie — rozdwojenie języczka, w krtani lekki ostry nieżyt, nieznaczne rozszerzenie serca. Prelegent rozpoznaje cierpienie, które C h a r c o t nazwał v e r t i g e l a r y n g a l e i uważał za nerwicę nerwu krtaniowego wyższego a które autorzy

angielscy nazywają syncope laryngeol, niemcy zaś ictus laryngis. J. podnosi rzadkość tego cierpienia, którego w piśmiennictwie znanych jest nie więcej nad 30 przypadków. Spotyka się ono pomiędzy 30 a 70 rokiem życia. Jako momenty przyczynowe uważane są: dna, nerwowość, alkoholizm, miażdżyca tętnic, polipy krtani, przerost migdałka językowego. W dwóch przypadkach sekcyjnych stwierdzono jedynie znaczny stopień miażdżycy tętnic.

L. D.

(Lwowski Tyg. Lek.).

POSIEDZENIA SEKCJI NEUROL.-PSYCHJATR. ŁÓDZKIEGO TOW. LEKARSKIEGO.

POSIEDZENIE DNIA 6 STYCZNIA 1910 r.

KOPCIŃSKI przedstawia dwie chore z podnieceniem manjakalnem. Przypadek pierwszy przedstawia postać manjakalnego podniecenia, przebiegającą z chwilowymi stanami depresji przy braku zaburzeń cielesnych jak również zaburzeń ze strony inteligencji. Chora, lat 52, przechodziła już raz, 25 lat temu, po urodzeniu dziecka chorobę umysłową, która trwała pół roku i przejawiała się również w podnieceniu i krótkotrwałym okresie depresji. W drugim przypadku K. rozpoznaje przymiot mózgu, a stan manjakalny uważa jedynie za objawowy.

ZYLBERLASTOWNA przedstawia chorą, lat 60, u której rozpoznaje— psychozę miażdżycową. Prócz zaburzeń psychicznych, polegających przeważnie na upośledzonem orjentowaniu się co do czasu, przestrzeni i osób, znacznie osłabionej pamięci i zdolności zapamiętywania, stwierdzono u chorej niedowład prawej dolnej gałązki n. twarzowego, zboczenie języka w lewo, wzmożenie odruchów ścięgnowych na kończynach prawych. Mowa chorej parafatyczna.

KOPCIŃSKI omawia wyniki badania inteligencji za pomocą metody Bernsteina u alkoholika po kilkakrotnie przebytem przez niego obłędzie omamowym. Chory robi wrażenie zupełnie normalnego człowieka, badanie jednak za pomocą metody Bernsteina wykazuje poważne braki w inteligencji.

CHODŹKO przedstawia mózg i preparaty drobnowidzowe, pochodzące z przypadku, w którym za życia chorego rozpoznawano paralysis agitans i otępienie starcze, badanie zaś pośmiertne wykazuje raczej istnienie porażenia postępującego.

POSIEDZENIE DN. 15 LUTEGO 1910.

KOPCIŃSKI omawia przypadek z kazuistyki sądowo-psychjatrycznej. Osobnik zwyrodniały, zdradzający pewien stopień otępienia umysłowego dokonał kradzieży w takich warunkach, iż świadczą one o tem, iż był to czyn nienormalny, impulsywny.

JUSTMAN przedstawia: a) chorego, 60-letniego, u którego przypuszcza jednoczesne istnienie wiądu rdzenia i stwardnienia wielo-ogniskowego. Badanie przedmiotowe wykazuje: brak odruchów ścięgnowych, brzusznych i prawego jądrowego, obustronny objaw Babińskiego; objaw Romberga, bezład w kończynach dolnych; osłabienie czucia bólowego od 3-go żebra ku dołowi; drżenie zamiarowe; zanik nerwów wzrokowych przy obecności zmian zanikowych siatkówki. Chory od lat 18 uskarża się na nietrzymanie moczu, od lat 12 na osłabienie wzroku i słuchu, od lat kilku na bóle w kończynach; 20 lat temu przechodził prawdopodobnie przymiot.

b) chorego, lat 50, z rozpoznaniem stwardnienia wieloogniskowego. Badanie przedmiotowe stwierdza: niedowład prawej dolnej i górnej lewej kończyny, niedowład prawego n. twarzowego; brak odruchów brzusznych, wzmożenie odruchów ścięgnowych. szczególnie na kończynach dolnych; obustronny objaw Babińskiego; nierównomierność źrenic, brak oddziaływania źrenic na światło, słabe oddziaływanie prawej źrenicy na nastawienie; lekkie zatarcie granicy skroniowej prawej tarczy zastoinowej; osłabienie czucia bólowego na twarzy, kończynach górnych i tułowiu prócz 2 pasów nadczułych na wysokości chrząstek 8-ych żeber i dolnej części brzucha; głuchota zupełna na lewe ucho, znaczne osłabienie słuchu w prawem. Chory uskarża się od kilku miesięcy na osłabienie pamięci i drętwienie w kończynach.

c) półroczne dziecko z rozpoznaniem mongolismus. Rodzice dziecka są ze sobą skuzynowani. Obarczenia psychicznego w rodzinie niema. Dziecko nie rozwija się ani fizycznie, ani umysłowo, mało ssie, rzadko kiedy się smieje, zdaje się być smutnem; przy badaniu nie płacze, obojętne; przy kłuciu leniwie usuwa kończyny, trochę płacze. Nędznie odżywiane, o ciemiążku zapadłem, zmięknienie czaszki krzywicze (craniotabes); oczy skośne, między niemi znaczna odległość; drżenie gałek ocznych; język gruby, wysunięty między wargi. J. zwraca uwagę na częstość tego cierpienia wśród potomstwa rodziców, spokrewnionych ze sobą.

PAŃSKI przedstawia: a) przypadek obrzęku śluzowatego (myxoedema) u dziecka, w wieku 2 i pół lat. Dziewczynka niedorozwinięta fizycznie, upośledzona umysłowo. Posiada dwa tylko przednie zęby; twarz niezwykle brzydka, wargi obwisłe, policzki nalane, nos wklęsły u podstawy, język gruby i szeroki, oczy wklęsłe, szpary oczne skośne. Obrzęk twarzy, piersi i brzucha. Skóra na kończynach górnych szorstka. Kończyny słabe, mięśnie wiotkie — dziecko nie może chodzić ani stać; nie mówi, nie śmieje się, nie płacze, przy badaniu krzyczy grubym niemiłym głosem. Podniebienie wybitnie łukowate. Ze strony odruchów, źrenic

zmian nie dostrzeżono. Leczenie tyreoidyną w ciągu 3-ch tygodni dało znakomitą poprawę.

b) przypadek padaczki i otępienia umysłowego jako następstwo zapalenia mózgu po szkarlatynie. Chłopczyk, obecnie 7 letni, do 4 roku życia był zupełnie zdrów; wtedy przebył szkarlatynę, w czasie której dwukrotnie wystąpiły drgawki, trwające po kilka godzin; po drgawkach ciężki stan chorego z objawami mózgowymi trwał dwa tygodnie (rozpoznawano — zapalenie mózgu). Po powrocie dziecka do względnego zdrowia rodzice zauważyli, iż dziecko pod względem umysłowym stało się tępsze i że otępienie to z czasem staje się coraz wyraźniejsze; napady padaczki w ciągu kilku lat ostatnich ponawiały się kilkakrotnie. Badanie przedmiotowe wykazuje jedynie pewien niedowład mięśni prawej połowy twarzy i nieznaczne zboczenie języka w prawą stronę.

c) przypadek wiądu rdzenia, wyróżniający się tem, iż objawy cierpienia wskazują na zajęcie krzyżowej części rdzenia — tabes sacralis (między innymi zachowanie odruchów kolanowych przy zniesieniu odruchów ze ścięgen Achillesa).

POSIEDZENIE DN. 18 MARCA 1910 R.

KOPCIŃSKI przedstawia: a) ponownie chorą, której cierpienie omawiał już raz na posiedzeniu w dniu 16 stycznia r. b. Istniejący w przypadku tym dotychczas jeszcze stan manjakalny K. uważał wtedy za objaw przymiotu mózgu; dalsza obserwacja i stwierdzenie szeregu zaburzeń ze strony układu nerwowego rozpoznanie to potwierdzają.

b) dwa przypadki otępienia wczesnego. Po szczegółowem omówieniu pierwszego przypadku K. dochodzi do wniosku, iż należy uważać za słuszny pogląd, że w otępieniu wczesnem mamy do czynienia raczej z rozszczepieniem zasobów myślowych, niż z ich zanikiem. Drugi przypadek wyróżnia się pod tym względem, iż dokonane w nim badanie krwi na odczyn Wassermana dało wynik dodani, jakkolwiek nic w nim nie przemawia za przebytym przymiotem. K. podnosi fakt, iż podobny wynik odczynu Wassermanna otrzymano w znacznej liczbie przypadków otępienia wczesnego, co dało powód do przypuszczenia, iż cierpienie to jes para-heredo-syfilityczną dystrofją.

SOKOŁOWSKI przedstawia przypadek z rozpoznaniem psychozy pourazowej. U chorego w kilka tygodni po urazie wystąpił szereg zaburzeń psychicznych: lekki status amenticus, niedokładna orjentacja co do czasu, miejsca i otoczenia, słaba gonitwa wyobrażeń, obok braku wyraźnego podniecenia ruchowego, złudzenia zmysłów słuchowe i wzrokowe o nieprzyjemnej dla chorego treści, nie usystematyzowane i przelotne bredzenia prześladowcze, nastrój przeważnie przygnębiony, wybitne zaburzenia pamięci.

Z NIEMIECKICH TOWARZ. I ZJAZDÓW LEKARSKICH 1910 R.

ENLER na własnym materjale z 12-tu przypadków tężca omawia w Berl. Tow. Lek. wczesne objawy i leczenie swoiste tężca. Do zwiastunów choroby mało znanych należą: niepokój ogólny, występujący naprzemian z przygnębieniem, bezsenność i bredzenie nocne, zatrzymanie moczu, zależne od kurczu zwieracza, powaga w wyrazie twarzy, zawroty głowy w zależności od napadowych kurczów m. napinającego bębenek, charakterystyczny i przyjemny zapach potu. Nieco później występują objawy miejscowe: obrzmienie zajętej kończyny bez zaczerwienienia, wyczuwalne zgrubienie naczyń chłonnych i gruczołów, rzadziej niebolesne drgawki kończyny. Po tych objawach przedwstępnych następują często kurcze odruchowe przełyku, ślinotok, napady kaszlu kurczowego, przykurczenie przemijające powiek. Wcale nierzadko typowe kurcze tężcowe umiejscawiają się początkowo po jednej stronie twarzy, języka i gardzieli. Leczenie, polegające na kilkakrotnem wstrzykiwaniu surowicy pod skórę, w pierwszych okresach daje świetne wyniki, lepsze od późniejszych podoponowych. Leczenie zapobiegawcze jest wskazane podczas zwiastunów przy ranach postrzałowych i przy skaleczeniu u ogrodników lub przy robotach ziemnych.

SCHIFFER i RHEINDORF omawiają w Berl. Tow. Lek. ciekawą rodzinę z tężyczką rodzinną i badaniem pośmiertnem ciałek nabłonkowych. 5 dzieci, pochodzących od zdrowych rodziców, szereg lat dotknięte było tężyczką. Wszystkie 4 gruczołki przytarczycowe, bardzo udatnie spreparowane w pięć godzin po śmierci najmłodszego dziecka, okazały się przy dokładnem badaniu drobnowidzowem zupełnie prawidłowemi wbrew temu, co ostatnio wielu autorów twierdzi, że wylewy w gruczołkach tych stanowią etjologję tężyczki.

CALLMANN, przytaczając w Tow. Lek. Hamburg. historję choroby kobiety rodzącej z ciężkiemi drgawkami porodowemi i zupełnym bezmoczem, u której wykonano w 7 godzin po porodzie z pomyślnym skutkiem dekapsulację nerek, omawia krytycznie wskazanie do tej operacji. Zebrany przez Sippel'a, inicjatora tej metody, materjał 38 przypadków ciężkich drgawek porodowych z bezmoczem wykazuje, że 31 razy metoda uwieńczoną została pomyślnym skutkiem, podczas gdy wszystkie inne stosowane metody stale okazywały się bezskutecznemi. O ile dawna statystyka ciężkich przypadków daje śmiertelność 100%, o tyle dekapsulacyjna metoda zmniejszyła ją do 33%. Zabieg, wskazany przed i po porodzie przy ciężkim bezmoczu drgawkowym, jest nie trudny, wy-

konywa się szybko, u nieprzytomnych kobiet bez uśpienia, i polega na tem, że się nerki na miejscu wyłuszcza z otoczki tłuszczowej, a następnie przecina otoczkę łączno - tkankową, odpreparowując ją od substancji nerkowej, czem się znakomicie zmniejsza ciśnienie wewnątrznerkowe i sprowadza oddawanie moczu i usunięcie drgawek.

ZIEHEN w Berl. Towarz. neurol.-psychiatr. omawiał krytycznie i szczegółowo metodykę badania czucia. Metody nasze, aczkolwiek w praktyce zazwyczaj wystarczają, nie są jednak dopuszczalne w pracach ściśle naukowych, w których chodzi o najdokładniejsze dane porównawcze. Naogół okazuje się, że i określenia zaburzeń czucia nie są bardzo ścisłe i powszechnie przyjęte. Badanie porównawcze czucia obu stron przez ukłucie jednej a następnie drugiej strony daje wyniki nieścisłe. Należy unikać tego, kłując jednocześnie nóżkami odpowiednich cyrkli identyczne części obu stron (twarzy, kończyn, brzucha, pośladków). Przyrząd do subtelnego badania czucia musi umożliwiać: stopniowanie podniety, współmierność, wyrażanie rezultatu w liczbach, odtwarzanie i sprawdzanie. Badanie czucia dotykowego czuciomierzem Eulenburga i włoskiem Freya jest nie wiele ściślejsze od badania zwykłym pędzelkiem lub łepkiem od szpilki. Ziehen używa do tego celu zawieszonego jako wahadło przytępionego ostrza, które spada pod pewnym kątem. Do badania zmysłu cieplikowego nie nadaje się woda lodowa i wrząca, lecz pręciki metalowe, pogrążone w naczyniach z wodą o nie zbyt różniącej się temperaturze. Badanie zmysłu mięśniowego należy wykonywać, dotykając się badanych palców z boku. Przyrząd Müllera wyraża wynik badania dokładnie w odsetkach według metody prawdziwych i błędnych przypadków. Umiejscowienie dotyku nie określa się dobrze krążkiem dotykowym Webera lecz starą, niesłusznie zapomnianą, metodą Leube'go, polegającą na tem, że badanemu każe się rozróżniać podłużne i poprzeczne linie, rysowane na skórze. Kierunek linji półtora centymetrowej normalny człowiek rozróżnia na grzbietowej powierzchni dłoni. Za pomocą pałeczek różnej długości, wycinanych z kart, można wyrazić to w liczbach. Granica zaburzeń czucia wypada przy badaniu dośrodkowem węższa jak przy ośrodkowem, w histerji bywa przeciwnie. Metoda badania elektroskórna według Bernhardta jest nieścisła. Pewniejsza jest metoda interwalu faradycznego Loewenthala, która stwierdza w cyfrach odległość wzajemną obu cewek Rumkorfa przy minimalnem uczuciu bólu i dotyku. Interwal ma być zarówno u danego osobnika jak u różnych osób znacznie stalszą jednostką, nadającą się do porównań, od zazwyczaj używanej odległości cewek.

B. ASCHNER (Międzynarodowy Zjazd fizjologiczny w Wiedniu): Wycięcie gruczołu przysadkowego. Psy przeżywają całkowite wycięcie przysadki zupełnie dobrze. Młode zwierzęta z małymi wyjątkami pozostają przy życiu, upośledzone następnie w odżywianiu ogólnem i wzroście tak dalece, że ważą $^1/_4$ część tego, co normalne tegoż wieku.

Zmiany odżywcze ze strony włosów, kości i zębów są niemniej wybitne jak zaburzenia w przemianie materji.

DIXON i HALLIBURNTON. (Międzynarodowy Zjazd fizjologiczny w Wiedniu): Wpływ splotu naczyniowego (plexus chorioideus) na wydzielanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Wewnątrzżylnie stosowany wyciąg oponowego splotu naczyniowego znakomicie podnosi wydzielanie płynu mózgowo-rdzeniowego, co przemawia za tem, że splot ów, zajęty często w meningitis serosa, stanowi poniekąd układ gruczołowy o wydzielaniu wewnętrznem.

GEIS (Zjazd przyrodniczo-lekarski w Królewcu): Stosunek zaburzeń naczyniowych i wylewów siatkówki do naczyń mózgowych. 17 chorych z wyraźnemi zmianami w naczyniach obu siatkówek zmarło najpóźniej w ciągu 3—4 lat przy objawach klinicznych udaru mózgowego i sekcyjnie stwierdzonych identycznych zaburzeniach miażdżycowych naczyń podstawy mózgu. To samo ma miejsce przy nagłem zamknięciu środkowej tętnicy siatkówki lub jej większej gałązki, o ile ono jest zależnem od miażdżycy ogólnej, a nie jest następstwem jakiejś wady serca. Stwardnienie tętnic w naczyniówce gałki ocznej niema nic wspólnego ze zmianami naczyń mózgowych, a przy zakrzepie żył siatkówki daje się zaledwie w połowie przypadków stwierdzić analogiczna sprawa w naczyniach mózgowych. Pierwotne wylewy siatkówkowe bardzo często poprzedzają wylewy mózgowe, zwłaszcza, gdy ciśnienie krwi jest stale wzmożone. Wyjątek stanowią odosobnione wylewy drobne w obrębie plamki żółtej, które są zwykle natury dobrotliwej. Takież wylewy okołoplamkowe w cukrzycy są stale przepowiednią udarów mózgowych, natomiast w przypadkach retinitis diabetica lub albuminurica następcze udary mózgowe występują tylko u $^1/_4$ części chorych, dając znacznie gorsze rokowanie u chorych nerkowych. Wylewy w ciele szklistem i w spojówce nie pozwalają nic wnioskować o stanie układu naczyniowego w mózgu.

H. Higier.

Z XXXIX ZJAZDU CHIRURGÓW NIEMIECKICH W BERLINIE 1910 R.

B. ASCHNER. Ueber die Folgeerscheinungen nach der Exstirpation der Hypophyse.

Dodatnie wyniki otrzymane przy chirurgicznem leczeniu nowotworów przysadki mózgowej nasuwają pytanie, czy przysadka jest rzeczywiście

niezbędnym dla życia narządem. Liczne w tym kierunku nad zwierzętami przez wielu autorów dokonane doświadczenia nie dały jednobrzmiącej odpowiedzi; jednym zwierzęta ginęły po operacji, innym zaś pozostawały przy życiu. Te różne wyniki autor uzależnia od stosowania niejednakowych metod operacyjnych.

A. pokazuje psy, którym przed kilkoma miesiącami usunął całkowicie przysadkę. Psy pozostały przy życiu, wykazują jednak szereg wybitnych zaburzeń: od czasu operacji wcale nie rosną, budowa kości, owłosienie, zęby pozostały w tym samym okresie rozwojowym, w jakim były przed operacją; to samo dotyczy i narządów płciowych operowanych zwierząt. W jądrach i jajnikach nastąpił zanik elementów swoistych.

Ważnym jest fakt, że u wszystkich 3-ch dotychczas anatomicznie dokładnie zbadanych prawdziwych karłów przedni zraz przysadki okazał się zniszczonym przez nowotwór. Wynika stąd, że przysadka daje podniety do rozwoju ustroju i że brak jej powoduje wstrzymanie tegoż rozwoju.

F. KRAUSE. Die Behandlung der nichttraumatischen Formen der Epilepsie.

Autor, posiadający ogromne doświadczenie w dziedzinie chirurgji mózgowej, operował 80 chorych, dotkniętych padaczką nie urazowego pochodzenia o typie Jackson'a i padaczką swoistą. Przy pierwszej głównym punktem wyjścia napadów drgawkowych jest przedni zwój ośrodkowy, w którym wyłącznie, zdaniem Krause'go, znajdują się ośrodki ruchowe. Ścisłe określenie ośrodka wywołującego drgawki jest możliwe jedynie tylko przy pomocy badania elektrycznego (słabe prądy!). Wszystkie metody określania ośrodków ruchowych na czaszce za pomocą pewnych linji i kątów (Krönlein'a, Kocher'a i t. d.) są stanowczo nie wystarczające. Anatomicznie znajdywał Kr. albo nowotwory, wychodzące z opony twardej (które nie dawały t. z. ogólnych objawów mózgowych), albo — przy padaczce wskutek t. zw. dziecięcego porażenia mózgowego — rozmaite pozostałości po przebytem zapaleniu (torbiele i t. d.). W pewnej liczbie przypadków padaczki o typie Jackson'a żadnych widocznych zmian nie znaleziono, a pomimo to trepanacja i usunięcie ośrodka drgawek dały znakomitą poprawę nawet wyleczenie. O wyleczeniu Kr. mówi zresztą tylko wtedy, kiedy od operacji minęło 5 lat, zupełnie wolnych od napadów. W padaczce o typie Jackson'a t. j. w tych przypadkach, kiedy napady stereotypowo zaczynają się zawsze od jednej i tej samej grupy mięśni, Kr. po określeniu za pomocą prądu przerywanego danego ośrodka usuwa go zupełnie aż do istoty białej mózgu. Występujące przytem nieraz zaburzenia mowy prędko przechodzą, nieco dłużej trwają porażenia, ale i te mijają. Pozostają tylko zaburzenia stereognostyczne. Liczbowo wyniki Krause'go przedstawiają się jak następuje: przy swoistej padaczce K. operował (zaczynając od 1906 r.) 31 razy — 2 dzieci zmarło w kilka dni po operacji. Zdaniem Krause'go u małych dzieci nie należy trepanacji dokonywać. U 31 let. mężczyzny od 3 i pół roku trwa tak wybitna poprawa, że może on zarządzać ogromną fabryką, gdy tymczasem przed operacją był zupełnie

niezdolnym do pracy. Napady pojawiają się u niego jeszcze od czasu do czasu — mniej więcej raz na 4 — 6 tygodni (przed operacją miewał do 3-ch napadów dziennie). Również inny 21 let. pacjent jest od półtora roku wolnym od napadów. Pośród 49 chorych, operowanych wskutek padaczki o typie Jackson'a, sześciu uważać można za wyleczonych. Okres wolny od napadów trwa u nich już — 15, 7 i 6 i pół lat. Autor nie zalicza do wyleczonych te przypadki, gdzie okres wolny od napadów trwa tylko dwa lata. Zbawienny wynik operacji objawia się zresztą nietylko w ustąpieniu napadów drgawkowych. W 5-iu przypadkach, w których drgawkom towarzyszyło stopniowo wzrastające otępienie umysłowe, to ostatnie po operacji zupełnie przeszło.

TILMANN. Die chirurgische Behandlung der traumatischen Epilepsie.

„Żadna dziedzina chirurgji nie wymaga tak spokojnego i przedmiotowego rozważania wszystkich wchodzących tu w grę okoliczności i tyle rozsądnego sceptycyzmu, jak chirurgja mózgu. I tu znowu padaczka jest owem cierpieniem, w którem zbytni optymizm uważa każdą udaną operację za wyleczenie a zbyt daleko posunięty pesymizm za wiele wymaga od chirurga, skoro odbiera mu odwagę, jeżeli po zabiegu operacyjnym wystąpiła tylko poprawa a nie zupełne wyzrowienie". W tym wstępie Tilmann'a odzwierciadla się, właściwie mówiąc, cały stan obecnych poglądów na chirurgiczne leczenie padaczki wogóle i padaczki urazowego pochodzenia w szczególności. Samo określenie padaczki urazowego pochodzenia nastręcza nie małe trudności. Oczywiście, że w tych przypadkach, w których padaczka występuje bezpośrednio po chirurgicznie widocznym urazie, sprawa jest jasna i co do potrzeby chirurgicznego leczenia w takich przypadkach dwóch zdań niema. Ale istnieją b. liczne przypadki, w których objawy padaczki występują dopiero w jakiś czas po urazie, nieraz nawet po wielu latach (10 i dłużej). I w takich przypadkach operacja wykazała niejednokrotnie bezpośredni związek między urazem a padaczką (blizny, torbiele, odłamki kostne, rozmiękczenia i t. d.). W 267 zebranych z piśmiennictwa przypadkach padaczki urazowego pochodzenia podczas trepanacji znaleziono: w 35 (13%) — brak zmian, w 87 (32,6%) zmiany w kościach, w 25 (9,3%) zmiany w oponie twardej, w 102 (38,4%) zmiany w oponie pajęczynowatej i w 18 (6,7%) zmiany w samym mózgu. To też Tilmann wygłasza zdanie, że „we wszystkich przypadkach urazowej padaczki, gdzie sam uraz albo inne jakieś objawy wskazują na miejscowe ognisko, należy dokonywać trepanacji". W przytoczonych powyżej 260 przypadkach — w 29 niema napadów od przeszło 3 ch lat, w 28-iu od przeszło roku, a w 33-ch od przeszło pół r. Poprawę zanotowano w 25-u przypadkach, poprawę z nawrotami w 14; w 40 — nie było żadnej poprawy, w 16 nastąpiła śmierć a w 75 poprawa trwa dopiero krócej, niż ½ r. Pouczającą pod tym względem jest również kazuistyka Tilmanna, który operował w 20 przypadkach urazowej padaczki i otrzymał wyleczenie w 12 przypadkach, poprawę w 1; 4 przypadki pozostały bez wyniku dodatniego, 2 — jeszcze są obserwowane, w jednym nastąpiła śmierć po

operacji. Z pośród wyleczonych u 4-ch okres wolny od napadów trwa już przeszło 3 lata, u 3-ch przeszło 2 l., u 3-ch — przeszło rok, a u 2-ch przeszło pół r.

W dyskusji nad dwoma powyższymi referatami zabierali głos między innemi: Friedrich, który dokonał trepanacji w 25 przypadkach padaczki. 2-ch chorych jest przeszło 10 lat wolnych od napadów i zupełnie zdolnych do pracy, u jednego po 6-iu latach nastąpił nawrót, u 2-ch poprawa trwa przeszło 3 lata, u 5-iu okres po operacji jest jeszcze zbyt krótki, aby módz jakieś wnioski wyprowadzić. Friedrich pragnąłby poddawać operacji tylko te przypadki, gdzie w wywiadach istnieją pewne wskazówki na zajęcie jakiegoś określonego ośrodka mózgowego. Wraz z Krausem przemawia za określeniem za pomocą prądu elektrycznego t. zw. pierwotnie dotkniętego ośrodka, który też radzi — ale nie całkowicie — usuwać.

Kümmel operował 22-ch chorych dotkniętych padaczką metodą Kochera; 2-ch jest już 11 lat wolnych od napadów i są psychicznie zupełnie normalni, u 3-ch nastąpiła wybitna poprawa. K. zaznacza, iż nawet w tych przypadkach, w których najdokładniejsze wywiady nie wskazywały na żaden uraz, znajdywał przy trepanacji „pozostałości po ciężkich urazach".

Garré nie miał dobrych wyników od zaleconego przez Krausego wycięcia pierwotnie dotkniętego ośrodka. G. radzi poddawać operacji tylko te przypadki, w których dłuższe dokładne leczenie wewnętrzne okazało się bezskutecznem.

Federmann operował 5 chorych, u których ciężka padaczka trwała od wielu już lat. Wskutek postępujących zaburzeń inteligencji — utrata pamięci i otępienie umysłowe — zdecydowano się na leczenie chirurgiczne. Dodatni wynik nastąpił tylko w jednym przypadku.

Bychowski.

(Verhand. der deutschen Gesel. f. Chirurgie. Berlin. 1910).

NOWE DZIEŁA.

K. BRODMANN. Vergleichende Lokalisationslehre der Grosshirnrinde in ihren Prinzipien dargestellt auf Grund des Zellenbaues. Lipsk 1910.

Zadaniem ciekawej tej książki jest przeprowadzenie analizy budowy komórkowej kory mózgu ludzkiego w różnych topograficznie jej odcinkach. By badanie to uzyskało szerszą podstawę wciągnął autor dla porównania materjał embrjologiczny człowieka, jakoteż obfity materjał anatomiczno-porównawczy. Jakkolwiek zwłaszcza pod względem anatomiczno-porównawczym badań swych nie uważa autor za już ukończone, to przecież z obfitych i tak danych, jakie dotychczas uzyskał, wysnuwać może cały szereg wniosków ogólniejszego znaczenia.

Sprawa poznania budowy kory mózgowej rozpada się według Brodmann'a na trzy główne zadania t. j. poznania układu trzech jej zasadniczych elementów—komórek nerwowych, włókien nerwowych myelinowych i włókien nerwowych bezmyelinowych. Autor określa poznanie układu każdego z tych elementów osobną nazwą: cytoarchitektoniki, myeloarchitektoniki i fibrilloarchitektoniki kory. Książka Br. zajmuje się jedynie cytoarchitektoniką kory, wyłączając w tej chwili nietylko myelo- i fibrillotektonikę, ale także anatomję połączeń wzajemnych różnych odcinków kory i pojedyńczych odcinków kory z innemi częściami układu nerwowego, jako też myelogenezę t. j. embrjologiczny rozwój włókien nerwowych myelinowych w różnych obrębach kory.

Cytoarchitektonikę kory rozpatruje autor z trzech punktów widzenia: 1) z punktu układu pewnych charakterystycznie zbudowanych elementów komórkowych, t. zw. lokalizację elementów; 2) z punktu rozłożenia pewnych zasadniczych warstw, t. zw. lokalizację warstwową, doprowadzającą do podziału stratygraficznego; 3) z punktu podziału kory mózgowej na pola o jednakowej budowie, t. j. topografję podziału anatomicznego kory.

Autor uważa, na podstawie swych badań rozwojowych kory, że zasadniczym typem jej uwarstwienia jest typ o 6-iu warstwach. Dotychczas zdania co do uwarstwienia kory były bardzo niezgodne: Meynert uznawał tylko 5 warstw, Cajal aż 7. Warstwami zasadniczemi Brodmann'a są: 1. Lamina zonalis najbardziej powierzchowna, 2. l. granularis externa, 3. l. pyramidalis, 4. l. granularis interna, 5. l. ganglionaris, 5. l. multiformis najgłębiej położona.

Okres sześciowarstwowy przechodzą w rozwoju swoim wszystkie pola kory mózgowej, z wyjątkiem pola, należącego do okolicy węchowej; stanowią one razem tę część kory, którą nazywamy neopallium, w przeciwstawieniu do okolicy węchowej, która tworzy archipallium. Pola, należące do neopallium, uzyskują budowę zasadniczą sześciowarstwową nie równocześnie, okres też takiej budowy trwa w różnych polach różnie długo. Wszystkie te pola, z wspólnej sześciowarstwowej budowy rozwijające się, obejmuje Br. nazwą pól homogenetycznych. Pola okolicy węchowej nie mają natomiast nigdy w przeciągu rozwoju swego okresu sześciowarstwowego; Br. obejmuje je wszystkie nazwą pól heterogenetycznych.

Badania kory mózgowej zwierząt ssących, należących do różnych grup, potwierdzają fakt sześciowarstwowej budowy kory mózgowej, wysnuty z badań embrjologicznych.

W tej zasadniczej sześciowarstwowej budowie kory zachodzą jednak w różnych polach w czasie dalszego rozwoju wybitne zmiany. Doprowadzają one albo do zachowania pierwotnej liczby sześciu warstw (t. zw. przez Br. budowa homotypiczna kory), lub też do zmiany liczby warstw (budowa kory heterotypiczna).

Zmiany, jakie zachodzą przy homotypicznej budowie kory, polegać mogą: 1) na zmianie w gęstości ułożenia komórek, 2) na zmianie wielkości komórek lub też kształtów komórek już to w jednej warstwie już też w kilku warstwach, 3) na zmianie względnej szerokości różnych warstw, 4) na powiększeniu lub zmniejszeniu się wymiaru grubości całej kory.

Zmiany przy budowie heterotypicznej polegać mogą na zmniejszeniu lub na powiększeniu się liczby warstw. Zwiększenie się liczby warstw następuje przez podział jednej z warstw zasadniczych na dwie lub więcej warstw lub przez wystąpienie nowej formy komórkowej w obrębie jednej z warstw wskutek czego ta warstwa ulega podziałowi. Zmniejszenie następuje przez zanik jednej z warstw zasadniczych lub też przez zlanie się sąsiednich warstw w jedną wspólną warstwę. Zmienność ta jednak zaznacza się w różnym stopniu w różnych warstwach: warstwa I i VI są tak u człowieka jak i u zwierząt najstalsze, warstwa II i IV najzmienniejsze.

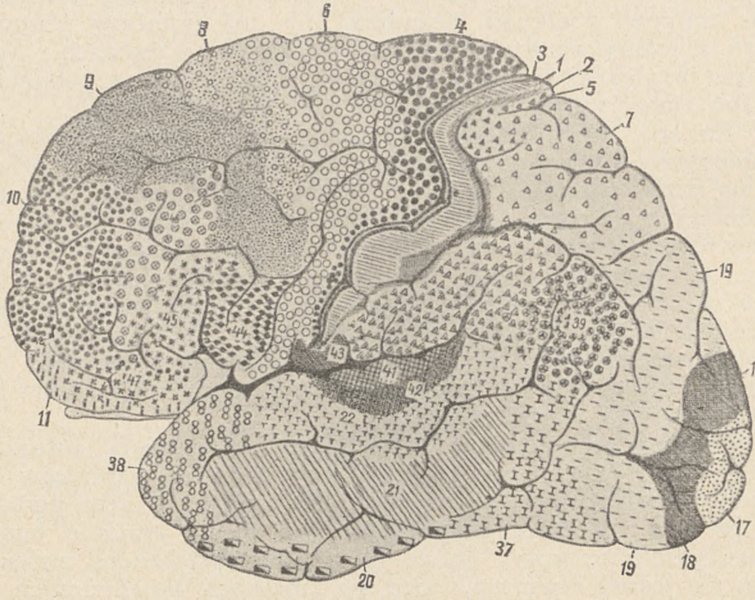
Badania porównawczo anatomiczne przekonały autora, że istnieją dla różnych grup zwierząt i dla różnych gatunków charakterystyczne różnice, obejmujące albo całą korę albo pojedyncze jej pola. Różnice te polegają już to na zmianie ogólnej obrazu przekroju kory, już to na charakterystycznem wykształceniu się jednej z warstw, jużto na zmianach pojedyńczych pól.

Zmiany ogólnego obrazu przekroju polegają na zmianach w grubości kory, w wielkości komórek i w ilości komórek. Po-

nieważ badanie kory mózgowej człowieka wykazało, że grubość kory w różnych jej polach jest bardzo wybitnie zmienną, bo waha się między 1,5 — 4,5 mm., przeto przy porównywaniu grubości kory mózgowej różnych zwierząt należy brać pod uwagę zawsze tylko pola homologiczne. Zgodności jakiejś między grubością kory, a stopniem rodowego rozwoju zwierzęcia Br. nie stwierdził. Małe zwierzęta mają względnie większą grubość kory niż zwierzęta większe im pokrewne.

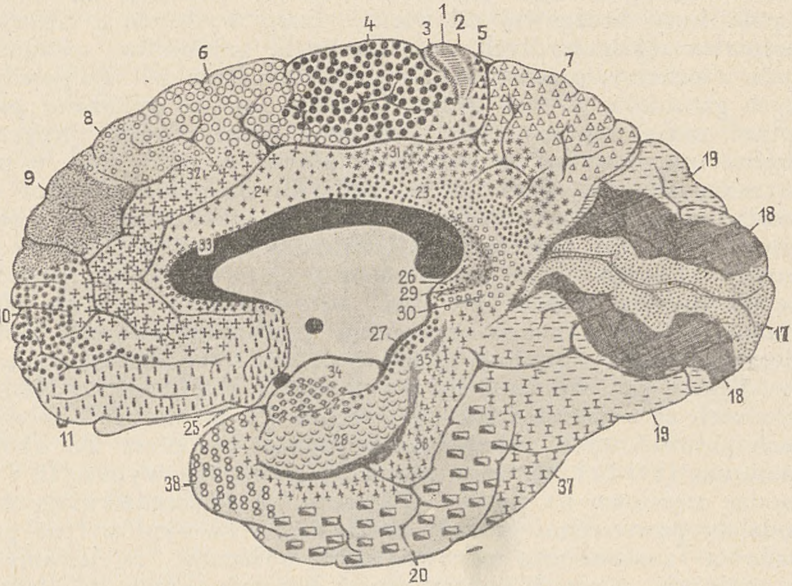
Badania nad zmiennością wymiaru wielkości komórek przeprowadza Br. na wielkich komórkach piramidowych okolicy ruchowej. Stwierdza on na tych komórkach, że wielkość komórek nie stoi w żadnym stosunku ani do wielkości mózgu, ani do wielkości całości organizmu. Tak samo nie dało się stwierdzić żadnej prawidłowości w ilościowem rozłożeniu komórek. Tak wielkość komórek jak i ich ilość stoją w zależności od siły rozwoju pola obwodowego, z którem samo pole środkowe stoi w łączności, od zakresu, jaki na obwodzie innerwuje dane pole, i od siły połączeń wśródmózgowych danego pola.

FIG. 1.



Pola dające się wykazać na bocznej powierzchni półkuli mózgowej według Brodmanna.

FIG. 2.



Też same pola na dośrodkowej powierzchni półkuli.

Regio postcentralis obejmuje pola oznaczone na figurach liczbami 1, 2, 3 i 43. Regio praecentralis obejmuje pola 4 i 6. Regio frontalis — pola 8, 9, 10, 11, 44, 45, 46, 47. Regio parietalis — pola 5, 7, 39, 40. Regio occipitalis — pola 17, 18, 19. Regio temporalis — pola 20, 21, 22, 36, 37, 38, 41, 42, 52. Regio insularis ukryta zupełnie na figurze nie widoczna. Regio cingularis — pola 23, 24, 25, 31, 32, 33. Regio retrosplenialis — pola 26, 29, 30. Regio hippocampica — pola 27, 28, 34, 35.

Zmiany dotyczące u różnych grup zwierząt tychże samych warstw nie doprowadzają do żadnych ogólniejszych wniosków. Natomiast badanie ogólnego obrazu przekroju kory o okolicach homologicznych wykazuje, że, mimo zgodności w ogólnym obrazie, istnieją u różnych typów tak wybitne różnice tektoniki kory, że dla każdej grupy zwierząt ssących wykazać się dadzą pewne indywidualne cechy charakterystyczne np. okolica komórek piramidowych olbrzymich wykazuje charakterystyczną budowę u zwierząt mięsożernych, kotów i niedźwiedziowatych, jako też u czło-

wieka i małpiatek. Dla małp charakterystyczną jest budowa okolicy fissura calcarina.

W dalszym ciągu daje autor obrazy podziału na okolice i pola kory mózgowej człowieka, małp wyższych i niższych, małpiatek rękoskrzydłych, mięsożernych, gryzoniów, owadożernych i torbaczy, przedstawiając kartę rozłożenia pól dla pojedyńczych gatunków z tych grup. Okolice i pola wykazane przez autora mają wspólne cechy budowy komórkowej, przyczem okolice mają zasadniczo wspólną budowę, różnice jakie w nich się zaznaczają dają podstawę do podziału na pola. Okolice odpowiadają w ogólnych zarysach granicom niektórych płatów mózgowych lub też ich części odgraniczonych przez szczeliny lub bruzdy. Okolic takich rozróżnił autor 11. Te okolice rozpadają się na mniejsze cząstki zw. przez autora polami. Te nie odpowiadają żadnemu makroskopowemu podziałowi półkuli, padają nieraz na szczyty zwojów mózgowych lub też oddzielają ich części. Takich pól rozróżnił Br. w 11 swoich okolicach 52. Niektóre z nich są zupełnie ściśle ograniczone [n. p. okolica o komórkach piramidowych olbrzymich i okolica zw. przez Br. okolicą pasmową (striata)], inne nie mają granic tak wybitnych i zachodzą częściowo na siebie. Załączone figury przedstawiają obraz podziału powierzchni półkuli u człowieka na okolice i na pola. Badania anatomiczno porównawcze wykazują, że jakkolwiek w ogólnych zarysach podział kory jest jednakowy, to przecież nawet u blisko siebie stojących gatunków istnieją wyraźne różnice co do szczegółów.

Na wszystkich badanych gatunkach dał się wykazać podobny układ, t. j. układ pasm poprzecznych po sobie następujących, a obejmujących półkulę tak ze strony bocznej jak i ze strony środkowej. Niektóre z tych pasm są tylko częściowemi, tak że nie obejmują całej półkuli tylko jej części. Ta segmentacja występuje u zwierząt ssących niższych wyraźniej, niż u zwierząt ssących wyższych.

Porównując dalej pojedyńcze karty rozłożenia pól i okolic przekonywuje się Br., że niektóre z nich, np. okolica ziarnista czołowa, ulegają stałemu powiększaniu się, im wyższe zwierzęta kręgowe badamy, że natomiast inne, np. okolica o wielkich komórkach piramidowych i okolica pasmowata, u człowieka zajmują stosunkowo mniejszą część półkuli niż u zwierząt niższych. W innych okolicach występuje nieraz u niższych zwierząt podział na pola w takich okolicach, które u zwierząt wyższych są jednolite albo mniej podzielone. Br. uważa to za objawy postępowego rozwoju, zaniku lub też nowonabycia u poszczególnych gatunków.

Wybitne różnice, jakie zachodzą w budowie pojedyńczych okolic kory mózgowej, doprowadzają autora do mniemania, że kora mózgowa jest systemem organów, powstałych na tej samej

podstawie dzięki procesowi różnicowania się. Proces ten, wyrażający się anatomicznie zmianami w budowie, jest wyrazem fizjologicznego podziału pracy, będącego podstawą każdego doskonalenia się. Z punktu badania podziału kory na okolice i na pola cała grupa zwierząt ssących przedstawia się jako grupa wychodząca z jednego pnia (powstała monofyletycznie).

Stanowisko człowieka względem kręgowców, które Huxley określił t. zw. twierdzeniem pithekometrycznem, t. j. twierdzeniem, że człowiek różni się mniej budową swego ciała od małp wyższych niż te różnią się od małp niższych, w badaniu budowy kory mózgowej nie zyskuje potwierdzenia. Różnice bowiem budowy podziału kory mózgowej człowieka i małp wyższych są daleko dalej idące niż różnice, jakie zachodzą między małpami wyższemi a niższemi.

Br. podnosi dalej mało dotychczas jeszcze zbadane różnice rasowe w budowie kory ludzkiej. Zbadana pod tym względem kora okolicy potylicznej Jawańczyków i afrykańskich Hererów i Hottentotów wykazuje znaczne różnice od budowy kory u Europejczyków, a zbliża się częściowo do budowy kory tejże okolicy u orangutangów.

Zbadanie i poznanie budowy różnych pól i okolic kory mózgowej może się stać dopiero prawdziwą podstawą dla badań histopatologicznych kory i dla łączenia zmian w pewnych jej okolicach lub też w pewnych jej warstwach z różnemi jednostkami chorobowemi. Próby dotychczasowe w tym kierunku (np. próba Campbella łączenia wiądu rdzenia ze zmianami w korze gyrus postcentralis, padaczki ze zmianami w cornu ammonis) uważa autor za pomyłki powstałe wskutek niedostatecznej znajomości normalnej budowy kory tych okolic. Zwraca też uwagę, że zbadanie dokładne kory mózgowej może dać podstawę do określenia natury niektórych zboczeń np. karłowatości, które może być następstwem powstrzymania rozwoju kory mózgowej.

Br. podnosi też, że dotychczas przy badaniu zmian kory mózgowej postępowano sobie zasadniczo błędnie, określając badany kawałek kory jako pochodzący z okolicy czołowej, potylicznej lub innej, gdyż w każdej z tych okolic pojedyńcze pola są różnie zbudowane.

Wreszcie Br. stara się połączyć zdobyte przez siebie dane anatomicznego podziału kory mózgowej z danemi fizjologicznemi, co do czynności tych różnych okolic. Autor uważa, że ostre nieraz granice pól, na które kora mózgowa się dzieli, są wyrazem podziału na odrębne pola czynnościowe. Każda okolica niekoniecznie służyć może do jednej czynności, spełniać ich ona może kilka równocześnie, np. w okolicy wzrokowej umiejscawiać się może nie tylko sama czynność widzenia, ale i czynność współ-

działania mięśni gałek ocznych i innych odruchów wywołanych wrażeniami wzrokowemi.

Co do faktów lokalizacji samej, to autor podnosi zasadniczą zgodność badań fizjologicznych nad granicami okolicy ruchowej kory z wynikami jego badań anatomicznych. Pod tym względem jednak nasuwają się pewne wątpliwości. Okolica psychomotoryczna człowieka składa się według badań anatomicznych Brodmanna z kilku pól o odmiennej budowie. Fakt ten staje w sprzeczności z twierdzeniem Br., że jednej czynności służą podobnie zbudowane pola. Ten sam zarzut można postawić podniesionej przez Br. zgodności jego okolicy pasmowatej z okolicą, którą na podstawie badań fizjologicznych łączymy z czynnością widzenia korowego. Co do innych pól to sam Br. stwierdza, że dane jego nie zgadzają się dokładnie z danemi, uzyskanemi na podstawie doświadczeń fizjologicznych lub badań anatomo-patologicznych. Dla wielu bardzo pól wykazanych przez Brodmanna nie mamy dotychczas żadnych danych, które tłomaczyłyby fizjologicznie ich istnienie.

Nie ujmując zupełnie zasłudze, jaką położył Brodmann w zapoznaniu ogółu z cytologiczną budową różnych okolic kory, musimy powiedzieć, że fakty przez niego zebrane dopiero wtedy posiadać będą rzeczywiste znaczenie, gdy przekonamy się, że różne pola u jednych i tych samych zwierząt mają różne połączenia i że te same lub homologiczne pola mają u różnych gatunków zwierząt połączenia jednakowe. W tej chwili cały tak obfity szereg pól, które wyróżnił Brodmann, daje nam tylko obraz podziału anatomicznego, nie zaś fizjologicznego. Czy zaś kiedyś rzeczywiście te pola posłużą do podziału fizjologicznego można nawet w obecnym stanie badań wątpić. Z budowy okolicy węchowej bowiem widać, że czynnościowo jednolita ta okolica u Br. podzielona jest na szereg odmiennych pól.

Zdaje się też, że szereg przez Br. anatomicznie wykazanych pól będzie należało już to ze sobą połączyć, już też jeszcze dalej może podzielić.

A. Bochenek.

Dr. P. HARTENBERG. L'hystérie et les hystériques. Paris. 1910.

Książka zawiera wiele trafnych i nowych spostrzeżeń. Pisał ją lekarz-praktyk długoletni i psycholog, który uwzględnia przytem wszelkie najnowsze dane (obszerne i ożywione dyskusje w Paryskiem Tow. Lek.) z dziedziny badań nad nerwicami.

Autor poddaje systematycznemu rozpatrzeniu objawy histerji i jej stronę psychiczną, podając w końcu syntetyczny pogląd na tę chorobę.

Objawy t. zw. „klasyczne” odrzuca w całej rozciągłości, idąc tu za Bernheim'em i Babińskim, którzy utrzymują, że „piętna” (stigmata) są zawsze skutkiem autosuggestji, albo suggestji ze strony badającego lekarza. Piętna te jednak mają, zdaniem autora, wartość rozpoznawczą, gdyż tylko w histerji udaje się ich wywoływać. Nie zgadza się jednak autor całkowicie z Babińskim, twierdzącym, że wszystkie objawy histerji powstają tą drogą i że w histerji nie możemy znaleźć nic takiego, co by nie było wykonalnem przez świadomy akt woli (objawy histeryczne mogą być odtwarzane i symulowane), — gdyż do obrazu tej choroby prócz spraw, powstałych przez autosuggestję (accidents par autosuggestion), należą również sprawy, wynikłe z powodu wzruszeń (réactions émotives exagérées). Do tych ostatnich autor zalicza przedewszystkiem napady nerwowe, nieodłącznie związane z histerją, stanowiące jej objaw główny (zdaniem Bernheim'a, nawet jedyny), oraz zjawiska naczynioruchowe, odruchowe, skórne, ciepłotne, odżywcze, co do których jednak zastrzega się autor: skłonność do wzruszeń, do zaburzeń w czynności gruczołów, działalności serca („bicie serca”) i ośrodków naczynioruchowych (rumienienie się i blednięcie) jest właściwością człowieka ogólnie nerwowego; więc nie stanowi istotnej cechy histerji*). Bez wątpienia jednak, większość objawów histerycznych powstaje wskutek autosuggestji. Więc przedewszystkiem napady nerwowe, do których w zarodku jest zdolny każdy człowiek podczas wzruszeń (kurcz krtani np. podczas gniewu, uczucie duszności, lęku, sztywność kończyn podczas silnych wzruszeń), skutkiem autosuggestji nabierają cech swoistych, tak charakterystycznych dla histerji. Dalej wszelki ból może się stać punktem wyjścia wielu zaburzeń (porażenie, znieczulenie, przykurczenie po drobnym urazie) — tą drogą powstają objawy urazowe; tak samo mogą działać czucia idące z narządów wewnętrznych, więc np. nieżyt łącznicy może powodować kurcz powiek, ból gardła — kaszel histeryczny, albo bezgłos i t. d. Inne źródło zaburzeń histerycznych — to nieświadome poddawanie objawów ze strony lekarzy przy badaniu; tu należą: punkty bolesne, znieczulenie połowicze, współśrodkowe zwężenie pola widzenia i t. d.

Na czem polega istota histerji? Autor odpowiada na to pytanie po szczegółowym rozbiorze suggestji, który jest istotnie oryginalny. Rozróżnia on mianowicie dwojakiego rodzaju suggestyjność:

---

*) Jak wiadomo, wśród wielu autorów francuskich istnieje skłonność do wyodrębniania wszystkich tych spraw, stanowiących wyraz nadmiernej reakcji wzruszeniowej, w oddzielną jednostkę chorobową, t. zw. „nerwicę wzruszeniową”.

1) Suggestyjność bierna, zależna od słabej kontroli ośrodków wyższych nad niższymi, automatycznymi. Jest to suggestyjność umysłów słabych, łatwowiernych, naiwnych, biernych, które przyjmują bez krytyki wszelkie poddawane idee, ale nie przetwarzają ich w czyn. Jest to suggestyjność recepcji, zależna od osłabienia krytycyzmu, równoznaczna ze „zgadzaniem się na wszystko", ale niezdolna mimo to do wytworzenia automatyzmu ruchowego, zaburzeń czynności, jak np. porażeń lub omamów.

2) Suggestyjność czynna, zależna od zdolności wyobrażeń do przetwarzania się w czyn — do uprzedmiotowiania (objektywizacji). Jest to wyraz prawa ideodynamizmu (Bernheim'a), według którego każda idea dąży do następczego budzenia odpowiedniego uczucia i czynu (każda myśl jest zarodkowym czynem). Powstaje ona nie wskutek osłabienia kontroli psychicznej, ale wskutek silnego uprzedmiotowiania obrazów. Jest to suggestyjność osobników z wielką wyobraźnią, przesadnych, wrażliwych i cierpiących; niema w nich cechy biernego posłuszeństwa, jak wyżej, przeciwnie nieraz występuje krnąbrność, jak np. u histeryczek; tu nie każda idea zostaje przyjęta z równą łatwością, ale zato przyjęta—zostaje doprowadzona do ostatecznego wykonania. Tę suggestyjność czynną widzimy u kobiet, dzieci, artystów, widzimy ją dalej w stanie sztucznie wywołanym przez haszysz, gdzie właśnie ma miejsce podobna łatwa „materjalizacja wyobrażeń", czyli suggestyjność o charakterze konkretyzującym zwłaszcza w kierunku omamów (podobne spostrzeżenie czyni Mennier, który widzi dużo wspólnego pomiędzy suggestyjnością histeryczek i zażywających haszysz).

Otóż suggestyjnosć 1-ego rodzaju, suggestyjność bierna jest właściwa neurastenikom, którzy mają umysł przeważnie pozbawiony żywej wyobraźni; tu wyobrażenia nie dają objawów bezpośrednich, raczej lęk przed tymi objawami — niepokój o ciężką chorobę z powodu drobnego czucia ustrojowego (stąd staje się zrozumiały wynik doświadczeń Schnyder'a, który badając chorych na suggestyjność za pomocą udawanego prądu faradycznego, doszedł do wniosku, że neurastenicy są bardziej suggestyjni, niż histerycy). — Przeciwnie, histerji jest właściwa suggestyjność czynna, która sprawia, że wszelkie nawet banalne wyobrażenie nabiera wielkiego natężenia i doprowadza przez egzaltowanie i konkretyzowanie do prawdziwej katastrofy (np. od lekkiego uderzenia powstaje porażenie). Psychiczne piętna Janet'a są właściwie tylko objawami wtórnymi: t. zw. „roztargnienie" (dystrakcja) w histerji jest tylko wyrazemześrodkowania się uwagi chorej na jednem wyobrażeniu, które ją przykuwa wskutek nadmiernego natężenia. Podobnie powstaje amnezja i rozdwojenie osobowości, które nie są przyczyną objawów histerycznych, jak twierdzi Janet, ale ich skutkiem. Podobnie podział psychi-

ki histerycznej na życie świadome i nieświadome jest sztuczny. Autor tą samą drogą tłomaczy i cechy charakteru histeryczek — np. kłamliwość powstaje wskutek zbyt żywej wyobraźni i zbyt łatwego uprzedmiotowania obrazów, z powodu czego sama myśl o pewnym fakcie staje się dla histeryczki wiarą w ten fakt (Dupré nazywa histeryczki mytomankami); w zmyślaniu i kłamliwem oskarżaniu histeryczka podobna jest do artysty, którego umysł posiada podobną plastyczną wyobraźnię. Również da się wyprowadzić tą drogą cechy egzaltacji, wrażliwości, kokieterji, erotyzmu.

Tak więc główne tło psychiczne histerji — to wzmożona plastyczność i konkretność wyobraźni. Usposobienie takie jest właściwe zwłaszcza dzieciom, kobietom i artystom. Oczywiście dla powstania objawów chorobowych nie może ona wystarczać — potrzeba tu jeszcze pewnego faktu, działającego jako uraz, który wpływa niszcząco na życie psychiczne chorego, wskutek czego powstaje drugi czynnik, niezbędny do powstania choroby, — mianowicie osłabienie k'ontroli psychicznej i krytycyzmu.

Skłonność do histerji słabnie z wiekiem właśnie dla tego, że plastyczność wyobraźni z wiekiem zmniejsza się. Histerja w czasach obecnych właściwie zanika, a to z powodu, że czasy mistycyzmu wraz z chorobliwą wybujałą wyobraźnią przechodzą. Dziś już niema wielkich epidemji społecznych, jak w wiekach średnich; zamiast zbiorowych objawów mistycyzmu i epidemji histerji u kobiet, jako wyrazu walki o swe prawa — dziś widzimy usiłowania bardziej racjonalne na drodze prawno-społecznej (ruch społeczny dzisiejszy, zdaniem Hellpach'a, jest równoznacznkiem histerji średniowiecznej) i dlatego to właśnie dziś zamiast piętn krzyżowych na rękach widzimy sprawy urazowe u robotników, które są podobnym wyrazem dążenia do zyskania polepszenia bytu ekonomicznego (ew. odszkodowania).

Książka zawiera wiele przykładów klinicznych i opiera się na najnowszem piśmiennictwie naukowem z omawianej dziedziny.

T. Jaroszyński.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

P r a c o w n i e przy P o l s k i e m T o w. P s y c h o l o g. w Warszawie zostaną wkrótce otwarte. Dział psychologiczny pracowni mieścić się będzie przy ul. Smolnej N-r 15; kierownikiem jego będzie Edward Abramowski. Pomieszczenie jest już urządzone, instalacja elektryczna wprowadzona, główne przyrządy sprowadzone, biblioteka podręczna skompletowana. Otwarcia oczekiwać należy w drugiej połowie stycznia r. b. po powrocie kierownika z Paryża, gdzie bawi obecnie dla ostatecznego skompletowania przyrządów do badań eksperymentalnych.

Dział neurologiczny mieścić się będzie w Al. Jerozolimskich N-r 93. Kierownikiem jego będzie Dr. Edward Flatau. Otwarcie tego działu nastąpi w tych dniach.

W ten sposób przybywa nauce naszej nowy warsztat; że poziom prac wykonywanych utrzymany będzie na wysokości wymagań naukowych, to poręczają nazwiska obu kierowników.

W grudniu r. p. wyszło z druku s p r a w o z d a n i e z I-g o Z j a z d u n e u r o l o g ó w, p s y c h j a t r ó w i p s y c h o l o g ó w p o l s k i c h, który odbył się w Warszawie w d. 11, 12, 13 października 1909 r. Sprawozdanie to przedstawia się imponująco. Jest to olbrzymi tom o przeszło 1000 stronicach, wydany wytwornie, zawierający wszystkie dane tyczące się organizacji Zjazdu i wszystkie odczyty, wygłoszone na posiedzeniach ogólnych i na trzech sekcjach — neurologicznej, psychjatrycznej i psychologicznej — na jakie Zjazd się podzielił, wraz z dyskusją. Znajdujemy tu także i te nieliczne zresztą prace, które dla braku czasu nie mogły być wygłoszone, lecz które przez uczestników Zjazdu zostały na Zjazd przygotowane. W końcu dzieła znajdujemy uchwały Zjazdu, opis wystawionych w czasie Zjazdu preparatów anatomo-patologicznych z doskonałymi rysunkami, wreszcie streszczenie prac Zjazdu w języku francuskim. Bogactwo nagromadzonego materjału naukowego, którego zebranie, uporządkowanie i drukowanie musiało zabrać wiele czasu, w dostatecznej mierze tłomaczy nam, dla czego tak późno sprawozdanie to mogło wyjść z druku. Komitet redakcyjny składał się z kol. Ciąglińskiego, Gajkiewicza (przewodniczący), Męczkowskiego, Radziwiłłowicza. Rotstadta, Wizla, oraz kol. Biszofswerdera. Im więc, a przedewszystkiem kol. Męczkowskiemu, który był głównym redaktorem i pracy wiele w wydawnictwo to włożył, winniśmy być wdzięczni za doprowadzenie do skutku tak cennej pamiątki pierwszego Zjazdu naszych neurologów.

Wyszedł z druku 1-szy zeszyt miesięcznika „Zentralblatt für Psychoanalyse”, wydawanego pod redakcją prof. Freuda przez J. Bergmanna w Wiesbadenie. Nowe pismo, jak już sądzić można z nazwiska jego kierownika, służyć ma rozpowszechnianiu idei psychoanalitycznych. W przedmowie do pisma czytamy, że udzielać ono będzie również głosu przeciwnikom poglądów Freuda i zawierać będzie przegląd całego piśmiennictwa psychoanalitycznego. Zeszyt 1-szy zawiera pracę Freuda p. t. „Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie”.

Wydany niedawno podręcznik kol. L. Bregmana p. t. „Dyagnostyka chorób nerwowych” ukazał się obecnie w wykwintnem wydaniu niemieckiem (Diagnostik der Nervenkrankheiten str. 535) nakładem firmy berlińskiej S. Kargera. Przedmowę napisał w słowach bardzo życzliwych i pochlebnych prof. Obersteiner, któremu autor dzieło swoje poświęca.

Sekcja neurologiczno-psychjatryczna Warsz. Tow. Lek. wybrała na prezesa kol. Gajkiewicza, na vice-prezesa kol. Rozenthala, na sekretarza kol. St. Kopczyńskiego (ponownie).

W nowo urządzonym szpitalu przy ul. Złotej ordynatorem oddziału chorób nerwowych mianowany został kol. W. Męczkowski.

Prof. Dejerine mianowany został profesorem kliniki chorób nerwowych w Salpetriére na miejsce zmarłego prof. Reymonda, następcy Charcota.

NEKROLOGJA.

Dnia 6 grudnia r. p. zmarł w Kreuzlingen nad jeziorem Bodeńskiem znany kierownik zakładu leczniczego dla nerwowo-chorych „Bellevue” Dr. Robert Binswanger.

W Wiedniu zmarł prof. J. Fritsch, autor wielu prac z dziedziny psychjatrji, ceniony bardzo jako psychjatra sądowy.

W Turynie zmarł wybitny fizjolog Angelo Mosso.

TREŚĆ ZESZYTU IV TOMU I.

PRACE ORYGINALNE.

NEUROLOGJA.

PSYCHJATRJA.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

NOWE DZIEŁA.

Neurologja Polska.

(Neurologie Polonaise).

JOURNAL DE NEUROLOGIE, PSYCHATRIE, PSYCHOLOGIE EXPERIMENTALE.

Paraissant 6 fois par an sous la rédaction du Dr. L. Dydyński.
Rédaction et Administration du journal: Varsovie, 28 Nowowiejska.

Sommaire du N-r 4 du Vol. I.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ANALYSES.